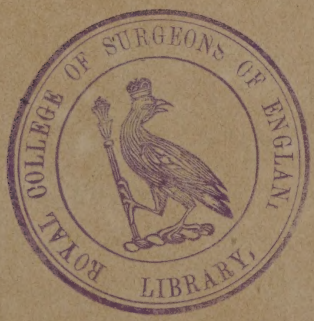
XVII h

ANNALI

DI

OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA



ANNALI

DI

OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

DIRETTI DAL **Prof. DOMENICO CHIARA** (FIRENZE)

CON LA COLLABORAZIONE DEI SIGNORI:

Prof. **C. Belluzzi** (Bologna)
Dott. **L. Bergesio** lib. doc. (Torino)
Prof. **G. Calderini** (Parma)
Prof. **L. Cazzani** (Cagliari)
Prof. **G. Chiarleoni** (Vercelli)
Dott. **G. Cosentino** lib. doc. (Palermo)
Prof. **E. F. Fabbri** (Modena)
Dott. **E. Fasola** lib. doc. (Torino)
Dott. **G. Inverardi** Torino)
Prof. **C. Liebman** (Trieste)
Prof. **G. Madruzza** (Perugia)
Prof. **L. Mangiagalli** (Sassari)
Dott. **O. Marchionneschi** (Pisa)
Prof. **C. Minati** (Pisa)
Prof. **O. Morisani** (Napoli)
Prof. **P. Negri** (Novara)
Prof. **E. Pasquali** (Roma)
Prof. **D. Tibone** (Torino)
Prof. **G. Valtorta** (Venezia)
Dott. **M. Vercelli** (Saluggia)
Prof. **E. Welponer** (Trieste)

E REDATTI DAI DOTTORI:

PAOLO NEGRI (Novara) — **ALBERTO BLOCH** (Firenze).

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND LIBRARY

Anno V — 1883

MILANO
TIPOGRAFIA DI PIETRO AGNELLI
Via Pietro Verri, 16.

INDICE

Memorie originali.

1. Basso-Arnoux G. — Persistenza d'imene avente forma singolare con aperture non corrispondenti e gravidanza . . . . . Pag. 545
2. Bloch A. — Casuistica Ostetrica: Un caso di conglutinamento dell'orificio esterno dell'utero in donna affetta da vizio di conformazione degli arti superiori *(Peromelus con perochirus)* . . . . . » 89
3. Bloch A. — R. Istituto Ostetrico-Ginecologico di Firenze. — Brevi notizie per il 2° trimestre dell'anno 1883 . . . . . » 549
4. Bloch e Frascani. — Casuistica Ginecologica . . » 352
5. Bompiani A. — R. Istituto Clinico-Ostetrico e Ginecologico di Roma diretto dal Prof. Cav. E. Pasquali. — Bollettino Trimestrale . . . . . » 488
6. Cosentino. — Il raschiamento dei resti placentari abortivi elevato a sistema . . . . . » 274
7. Cosentino G. — Di sei ovariotomie (7ª, 8ª, 9ª, 10ª, 11ª, 12ª) . . . . . » 451
8. Chiarleoni G. — Di un caso di presentazione dorsolombare in donna a termine di gestazione . . . » 641
9. Cuzzi A. — Casuistica di ostetricia e ginecologia *(Cont. e fine,* V. N. 12, Anno IV, 1882, pag. 755) . » 37
10. Cuzzi A. — Il mio programma; prolusione al corso di Ostetricia e Ginecologia nella R. Università di Pavia » 677
11. Fasola E. Contributo allo studio della influenza reciproca delle cardiopatie organiche e dello stato di maternità . . . . . » 188
12. Fasola E. — Del brivido consecutivo alle irrigazioni intrauterine nei processi puerperali . . . . . » 258
13. Frascani V. — Intorno alla questione del ciclo pato-

logico e del nullismo farmaceutico in alcuni processi puerperali . . . . . Pag. 321
14. Grassi E. — Casuistica ostetrica . . . . . » 242
15. Inverardi G. — Note di viaggio . . . . . » 658
16. Mangiagalli L. — Una probabile risurrezione nel campo dell'ostetricia operativa . . . . . » 1
17. Mangiagalli L. — La sifilide in rapporto collo stato di Maternità . . . . . » 65
18. Mangiagalli L. — La malaria in rapporto collo stato di Maternità . . . . . » 304
19. Mangiagalli L. — Le più recenti modificazioni del taglio cesareo . . . . . » 385-555-707
20. Martinetti A. — Un caso di distocia meccanica del canal molle probabilmente di natura sifilitica . . » 733
21. Negri P. — Può il palpamento addominale contribuire alla diagnosi della morte del feto? . . . . . » 82
22. Negri P. — Rottura del setto vagino-settale e spaccatura della vagina durante il parto spontaneo . » 178
23. Negri P. — Intorno ad alcuni fatti clinici occorsi nella scuola di Ostetricia in Novara durante l'anno scolastico 1882-83 . . . . . » 334-403
24. Negri P. — Il parto nelle primipare giovani . . . » 694
25. Sacchi P. — Le fratture indirette nel cranio fetale . » 513
26. Sacchi P. — Prognosi del puerperio dallo stato del polso e del respiro subito dopo il parto . . . . » 521
27. Tibone D. — Di sei ovariotomie . . . . . » 129
28. Tibone D. — R. Istituto Ostetrico di Torino. — Movimento clinico dell'anno scolastico 1882-1883 . . » 537

Traduzioni.

1. Fischel. — Sulla terapia della sepsi puerperale secondo le esperienze fatte nel triennio dal 1 luglio 1879 al 1882 nella 2ª Clinica Ostetrica del signor Prof. *Breisky* a Praga, traduzione del Dott. Bloch » 45-104-202
2. Gli atti della sezione ginecologica nella 55ª riunione dei naturalisti e dei medici tedeschi in Eisenach, traduzione del Prof. Mangiagalli . . . . . » 92

Rassegna.

1. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli. — La operazione cesarea *ante-mortem* (su donna moribonda) . » 644

2. Bompiani A. — Contribuzione alla storia della eliminazione spontanea dei polipi dell'utero . . . Pag. 246
3. Bompiani A. — Relazione dei lavori della sezione ginecologica nel Congresso Nazionale dei medici inglesi a Worcester nell'agosto 1882 . . . . . » 250
4. Bruers E. — Nuova sonda per iniezioni intrauterine » 245
5. Casale F. — Le forbici di Smellie modificate dal Professore R. Novi . . . . . » 249
6. Cenci. — Istero-ovariotomia cesarea . . . . . » 63
7. De-Ferrari A. — Primo resoconto sanitario della R. Clinica ostetrica di Genova . . . . . » 247
8. E. G. — Allattamento artificiale dei neonati . . . » 126
9. Ercolani. — Nuove ricerche di anatomia normale e patologica sull'intima struttura della placenta nella donna e nei mammiferi . . . . . » 377
10. Ercolani. — Sulle alterazioni patologiche portate dalla sifilide nella placenta umana . . . . . » 741
11. Fehling. — Deve l'olio fenicato conservarsi nella pratica ostetrica? . . . . . » 368
12. Fraenkel. — Morte prematura di un feto gemellare per strangolazione causata dall'avvolgimento attorno al collo del suo proprio cordone, e ritenzione dello stesso feto sciolto dai suoi attacchi funicolari alla placenta, sino al parto dell'altro feto vivo e a termine . . . . . » 363
13. Hausmann. — La ricerca dei bacilli tubercolosi nel secreto degli organi genitali femminei . . . . » 367
14. Heinricius. — Morte improvvisa durante il parto . » 361
15. Heinricius. — La prima menstruazione in 3500 donne in Finlandia . . . . . » 365
16. Homburger. — Contributo alla tecnica del trattamento del peduncolo nell' amputazione sopravaginale dell'utero . . . . . » 373
17. Kaltenbach. — Erosioni dei capezzoli come punti d'infezione puerperale . . . . . » 370
18. Kehrer. — Sulla terapia della necrosi di compressione degli integumenti cranici fetali . . . . » 364
19. Neugebauer. — Un caso di fistola vescico-vaginale inguaribile . . . . . » 368
20. Olivier. — Dell'uso del sublimato corrosivo in soluzione durante il parto ed il puerperio . . . . » 61
21. Opitz. — Sulle erosioni dei capezzoli e sugli stati irritativi della ghiandola mammaria . . . . . » 370
22. Rabenau. — Chiusura dell'orificio esterno come ostacolo al parto . . . . . » 366

23. R. Istituto Ostetrico-Ginecologico di Firenze. — Brevi notizie per il primo bimestre dell'anno 1883 . Pag. 252
24. Rennert. — Sulla eziologia della mastite puerperale » 370
25. Ritenzione di ossa fetali nella cavità uterina durante 19 mesi . . . . . » 63
26. Rumpe. — Un caso di taglio cesareo col metodo Porro » 369
27. Truzzi E. — La seconda amputazione utero-ovarica cesarea eseguita dal Prof. Edoardo Porro . . . » 245
28. Winckel. — Sull' uso degli strumenti di estrazione collocando la partoriente sul fianco . . . . . » 362
29. Zweifel. — I pericoli della puntura dei cistomi ovarici » 365

Notizie.

1. Annunci diversi . . . . . » 64-128-256-512-655
2. Atti della Società italiana di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria . . . . . » 317
3. Operazione cesarea modificata (metodo Porro) . . . » 382
4. Società italiana di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria. – Elenco dei soci . . . . . » 758

Bibliografia.

Indice bibliografico degli scritti sulla ostetricia sparsi nei giornali medici italiani e stranieri . . . . . » 752

Necrologia.

Carlo von Hecker . . . . . » 384
Marion Sims . . . . . » 757

Volume V. Gennajo 1883 N. 1.

ANNALI

DI

OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

UNA PROBABILE RISURREZIONE

NEL CAMPO DELL'OSTETRICIA OPERATIVA

Prolusione al corso di Ostetricia nell'anno scolastico 1882-83

del Dott. LUIGI MANGIAGALLI

Professore di Ostetricia nella R. Università di Sassari.

SIGNORI!

Nella storia dell'ostetricia fuvvi un lungo e triste periodo, del quale, per fortuna, si può dire, come canta Lucano nella Farsaglia,

. . . . . *jam periere ruinæ.*

In quel periodo dell'arte nostra, l'idea sola di chiamare l'ostetrico incuteva un grande spavento, perchè, come scrive Smellie, si era fatta l'osservazione che il più delle volte ne andava di due vite. L'ostetricia barbara ebbe fine col forcipe, col quale strumento s'inaugura un'êra nuova, e la scienza s'informa a principii eminentemente conservatori. Dopo l'invenzione del forcipe, il quale permise l'estrazione di feti vivi in molti casi in cui prima questi erano mutilati da strumenti rozzi ed imperfetti, il problema che forse più affaticò la mente degli ostetrici si fu quello di porre riparo alle disastrose conseguenze del taglio cesareo classico. Da una parte si cercò di porvi rimedio, restringendone sempre più le applicazioni ed ampliando invece, mano mano che

l'aumentata perfezione dei mezzi meccanici lo permetteva, il campo dell'embriotomia. Questa però non teneva calcolo della vita del feto, o, mediante sottigliezze metafisiche, si permetteva che questa si spegnesse prima dell'intervento dell'arte. Era quindi naturale che dall'altra parte la mente degli ostetrici si acuisse onde tentare per nuove ed inesplorate vie di scemare il numero delle vittime mietute dal taglio cesareo classico, pur riescendo ad avere un bambino vivo. Da questo punto di vista generale, prescindendo dalla gastro-elitrotomia e dalla pubiotomia che non ebbero grande eco nel campo ostetrico, alla distanza di un secolo e qualche lustro, tre tentativi d'indole diversa si dànno la mano. L'interruzione artificiale della gravidanza anticipava per così dire la soluzione del problema meccanico, e mettendo in rapporto lo sviluppo del feto collo sviluppo della pelvi, sottraeva alcune donne alla *extrema ratio* del taglio cesareo ovvero alcuni bambini alla embriotomia. Colla sinfisiotomia da taluni si volle ad una operazione cruenta sulla madre sostituirne un'altra parimenti cruenta, ma che, a loro avviso, pure raggiungendo lo scopo di avere un bambino vivo faceva correre meno rischi alla madre. Infine, cento anni dopo la prima sinfisiotomia, il Prof. Edoardo Porro, successore nella Cattedra Pavese del più autorevole avversario della pubiotomia, vuoi alla Aitken, vuoi alla Galbiati, come surrogato del taglio cesareo, pur mantenendosi nella via segnata da questo metodo operativo, faceva il più originale tentativo per migliorarne la prognosi « amputando l'utero piuttostochè lasciarlo ferito nell'addome. »

Questo riavvicinamento di nomi, di fatti, di date, non è arbitrario o strano come sulle prime parrebbe. Pure procedendo per vie diverse, questi tre atti operativi si propongono lo stesso scopo finale: sottrarre il maggior numero possibile di bambini alla loro distruzione per opera dell'arte che della conservazione fa il suo fine precipuo ed ultimo, non perdendo di mira l'interessse della madre. Non solo: ad essi è comune la critica, l'imperfezione cioè nel raggiungere intieramente lo scopo e la limitazione nella loro cerchia d'azione per cui nè possono sostituirsi a vicenda, nè alcuno di essi può sostituire in modo assoluto il taglio cesareo classico: ad essi è comune, io aggiungo, il diritto di sopravvivenza per una determinata serie di casi. L'interruzione artificiale della gravidanza non può sostituire il taglio cesareo: se limitata al periodo in cui il feto ha raggiunto la sua vitalità, può trovare

la sua applicazione nel campo delle indicazioni relative ma le sfugge il campo delle indicazioni assolute del taglio cesareo, e per sopramercato i confini della sua azione efficace vanno piuttosto restringendosi che allargandosi: se estesa anche ai periodi antecedenti della gravidanza non tiene più calcolo della vita del feto Inoltre nè il parto prematuro nè l'aborto ostetrico possono sottrarre un certo numero di feti alla embriotomia ovvero un certo numero di donne al taglio cesareo, poichè molte donne cadono troppo tardivamente sotto l'osservazione del medico. La sinfisiotomia non può far abbandonare il taglio cesareo, anzi in tale esagerata pretesa per parte degli entusiasti partigiani della operazione proposta da Sigault sta una delle più possenti cagioni del suo discredito. All'amputazione utero-ovarica come complemento del taglio cesareo si rimprovera infine di non corrispondere all'ideale dell'arte perchè rende in ogni caso necessaria la mutilazione della donna e di non potersi applicare nel campo delle indicazioni relative, almeno in quella serie di casi nei quali, data una gravidanza successiva, fosse lecita la speranza di avere un bambino vivo mediante l'interruzione della gravidanza. Qualunque sia per essere l'esito definitivo della lotta che ferve oggidì tra taglio cesareo così modificato e taglio cesareo classico pure modificato ma senza l'amputazione dell'utero, allo stato attuale della scienza si può affermare come alla sezione cesarea classica si diminuisse non si togliesse affatto il campo disputato da altre operazioni.

Ma anche all'infuori del dominio che, a feto vivo, e secondo l'avviso dei più ci conviene lasciare al taglio cesareo classico o modificato, noi abbiamo tuttora un vasto campo in cui l'arte è lungi dall'aver raggiunto l'alto suo ideale di conservare la vita dei due esseri. Esaminando a grandi tratti le indicazioni dei vizii pelvici vediamo tosto come fra certi limiti esse sieno indecise e vaganti nell'incertezza e come l'ostetrico prenda molte volte consiglio da circostanze speciali inerenti al caso concreto od all'ambiente in cui si opera od insite nella coscienza stessa dell'operatore piuttostochè da principii fissi e precisi, determinati dal grado della stenosi pelvica. Prendiamo, lo ripeto, come punto di partenza del nostro ragionamento, l'ideale che noi dobbiamo proporci di avere un bambino vivo col minimo sacrificio della madre. Orbene: la disparità dei giudizii degli ostetrici sulla estensione del campo di efficacia dei singoli atti operativi è grande e ne viene quindi come ognuno di questi possa a volta a volta usur-

pare il dominio degli altri. Mi sarà però lecito di tracciare almeno a grandi linee i confini di alcuni di essi. Al disopra di 80-81 mm., tutti convengono di potere avere un bambino vivo col forcipe o colla versione, senza troppo ledere gli interessi della madre: al disotto di 68-70 mm., molti anche non entusiasti del taglio cesareo potranno, a feto vivo, decidersi per esso. Ma come regolarci entro i due limiti indicati? Se la donna ci viene in un periodo opportuno potremo interrompere la gravidanza e ristabilire le proporzioni diametriche turbate fra testa fetale e pelvi materna. Ma se la donna è a termine di gravidanza, esaurita una ragionevole aspettativa, tutti gli ordinarii partiti offrono il fianco alla critica e riempiono l'animo dell'ostetrico di dubbii e di peritanze. Il taglio cesareo alla Porro troverà riluttanti i più perchè mutila ed isterilisce una donna che in una gravidanza successiva potrà avere bambini vivi colla provocazione del parto prematuro. Il taglio cesareo classico toglie quest'ultima obbiezione ma lascia pur sempre intatta quella che si rivolge ai gravi rischi che fa correre alla madre. L'embriotomia non mette a repentaglio la vita della madre, poichè entro tali limiti è di facile esecuzione, ma turba la coscienza di molti e non corrisponde punto all'ideale dell'arte quando il feto sia vivo. La versione ed il forcipe non riescono che eccezionalmente ad avere bambini vivi e solo nei limiti superiori del campo indicato e molte volte costringendo l'ostetrico a traimenti esagerati, compromettono nello stesso tempo la vita del feto e quella della madre. Nella maggioranza dei casi, di peritanza in peritanza, di speranza in speranza, l'ostetrico attende che la natura faccia il sacrificio del feto, o lo compie lui stesso con un tentativo di ostetricia conservativa che alcune volte è un simulacro, molte volte un danno. Ma perchè entro tali limiti non potrebbe la sinfisiotomia trovare la sua reale indicazione, il suo posto logico e naturale fra le operazioni ostetriche? La memoria nella quale veniva proposta da Sigault nel 1768, presentata all'Accademia di Chirurgia, non ebbe l'onore di un'audizione completa e Louis scrivendo a Camper considerò il progetto come ridicolo, come chimerico, come parto di una giovane mente irreflessiva, mentre il celebre medico olandese scrivendo al segretario dell'Accademia Parigina opinava invece che un giorno forse se ne sarebbe tratto grande partito. Il successo ottenuto da Sigault nove anni più tardi fece risuonare per lui le cento trombe della fama, ma nocque immensamente all'av-

venire dell'operazione ed al suo studio ponderato la pretesa di sostituirla al taglio cesareo. E quando, ritornata la calma fra i contendenti e riesaminata la questione con animo pacato e scevro da idee preconcette, si considerò la sinfisiotomia come un atto operativo venuto ad arricchire l'arte e che poteva entro certi limiti rendere meno di frequente indispensabile l'operazione cesarea o l'embriotomia; allora appunto che, pesati scrupolosamente i vantaggi e gli inconvenienti, la discussione aveva assunto un andamento serio e scientifico e si era spogliata di tutti i feticismi degli entusiasti partigiani della operazione e di tutte le ingiurie ed i vituperii de' suoi accaniti avversarii, e la clinica pareva chiamata a dare o a togliere la sua sanzione definitiva alla operazione Sigaultiana ristretta ne' suoi giusti confini, allora appunto toccò alla sinfisiotomia di non essere quasi più esperita, mentre per contro molti trattati, specialmente in Italia, continuavano a discuterla teoricamente e ne stabilivano le indicazioni, e parecchi di essi e di quelli autorevoli, entro certi limiti si professavano suoi partigiani. Noi assistemmo cioè allo svolgersi di un curioso fenomeno psicologico e storico: mentre da molti ostetrici la si accettava teoricamente, pareva che poi nella pratica questi medesimi si arrestassero sgomenti di doverla eseguire. All'operazione nocque non solo il silenzio di alcuni e la critica sdegnosa di altri, ma nocque altresì quella contraddizione tra il dire ed il fare, di quelli che pure non l'avversavano. Nè l'occasione di praticarla poteva a questi mancare, pur di cogliere risolutamente la sua indicazione, essendochè non sono punto rarissime le pelvi ristrette entro i limiti accennati. Nella Maternità Milanese, nella quale attinsi l'amore che professo alle discipline ostetriche, l'Assalini, con l'approvazione di due nomi così autorevoli come quelli di Monteggia e di Palletta, eseguiva, nel 1811, con esito felicissimo, una sinfisiotomia, ed un'altra da lui operata ebbe eguale fortuna. Egli se ne dimostrò così entusiasta da esprimere il voto, che *per legge* la sinfisiotomia fosse imposta ai medici, quando la pelvi misurava meno di 3 pollici nel suo diametro minore, poichè al disotto di tale limite « pretendere che si possa » serrare col forcipe la testa di un feto e trarla fuori dalla pelvi » senza ucciderlo, egli era per questo clinico espertissimo, non » conoscere i limiti dell'arte. » E nello stesso Ospizio, per consiglio del Palletta, il Gianni la eseguiva tre volte dal 1815 al 1818; con essa salvava due madri e soltanto un feto, ma uno di essi

era premorto, mentre l'altro nacque bensì dando segni di vita, ma tosto soccombette. Dopo, che io mi sappia, non venne più eseguita in quella Maternità. Del resto i tempi, come ho detto, volgevano ad essa sfavorevoli: unico suo rifugio fu la Scuola Napoletana. Avrà questa il vanto altissimo di avere custodito il fuoco sacro di una idea utile all'umanità? Avrà quello di diffonderla nuovamente e di ritornarla in onore? Il poeta Venosino cantava con melanconica ironia:

Multa renascentur, quæ jam cecidere . . . .

e prima di lui Aristotele, perifrasando in anticipazione il « *nihil sub sole novum* » dello stesso poeta, sentenziava che probabilmente tutta la sapienza è già stata spesso intieramente esplorata e di nuovo intieramente dimenticata. Se però queste due sentenze accennano entrambe ad un certo ciclo delle cose umane, bisogna pur ammettere almeno che il lavorio incessante che noi osserviamo nel campo scientifico aggiunga sempre qualche cosa per cui un'idea travolta dal tempo e dimenticata o quasi, risorga poscia ma con veste e parvenze mutate e con nuova efficacia. E questo dobbiamo pur ammetterlo per la sinfisiotomia oggidì che l'antisepsi permette sul sistema osseo-articolare le più gravi operazioni con una impunità quasi assoluta, oggidì che le operazioni osteotomiche sono divenute pressochè un gingillo nelle mani degli esperti chirurghi ortomorfi, oggidì che l'articolazione del ginocchio, sì temuta pochi anni or sono, si apre senza grave jattura per l'estrazione di corpi mobili, per l'esportazione di una cartilagine semilunare, oppure tollera che si faccia senza alcun nocumento la sutura metallica della rotula fratturata. Forse oggi appunto l'antisepsi potrebbe togliere riguardo alla sinfisiotomia quella contraddizione tra il dire ed il fare che sorprende alla lettura del maggior numero dei trattati italiani. Ogni azione umana ha il suo momento psicologico per cui può riuscire opportuna od inopportuna, raggiungere lo scopo desiderato, ovvero allontanare la meta che si è prefissa. Ebbene, o io m'inganno a partito ovvero niun momento è più favorevole di questo perchè la sinfisiotomia risorga e conquisti il suo posto fra le operazioni ostetriche. Ma perchè tale risurrezione sia possibile, è d'uopo che la sinfisiotomia abbia realmente indicazioni proprie, sia efficace, sia superiore per i suoi risultati ad altri atti operativi che nello stesso campo d'azione le contestano la preferenza.

La sinfisiotomia può avere indicazioni proprie ed entro quali limiti di stenosi pelvica può essa avere la sua applicazione pratica? Resa innocua l'operazione col metodo antisettico, nella risposta a tale quesito sta per così dire il nerbo della questione e la risposta deve essere precisa. L'Asdrubali incominciava appunto il capitolo dedicato alla sinfisiotomia colle seguenti parole: « il » prendere abbaglio nei principii di qualunque scienza fu sempre » cagione non solo d'inutili questioni tra i periti, ma origine » eziandio degli errori i più rimarchevoli nell'esercizio della me- » desima. » E più oltre lo stesso autore che aveva assistito alla lotta accanita fra sinfisiotimisti e cesaristi, aggiungeva: « è cosa » invero meravigliosa la molta diversità delle opinioni fra i pro- » fessori di ostetricia. Alcuni vogliono la sinfisiotomia tanto ne- » cessaria che debba anteporsi alla cesarea. Altri la rigettano » come assolutamente mortale. Questi contrarii sentimenti sem- » brano avere la loro origine dagli equivoci presi nei principii » dell'arte senza precisione e adequatezza. Non saranno mai con- » ciliabili fra loro i sentimenti su tale proposito se prima non » si convenga nei fondamenti accennati. » Ora la discussione non poteva approdare ad una conclusione qualunque se gli equivoci non erano dissipati e l'equivoco consisteva nel pretendere che la sinfisiotomia sostituisse il taglio cesareo: « Tous les suffrages » (scrive Velpeau) se seraient tournés du côté (de Sigault), s'il ne » l'eût proposée que comme une nouvelle ressource propre à » enrichir l'art. » Chiarito quest'equivoco si diede teoricamente alla sinfisiotomia il posto che le competeva, ma clinicamente venne posta nel dimenticatoio. Vediamo entro quali limiti essa potrebbe essere utilmente praticata. Su questo punto sono oggidì abbastanza concordi le idee degli ostetrici che la studiarono soltanto teoricamente e di quelli che alla teoria fecero seguire la sanzione della clinica. Le mie citazioni non potei sceglierle meglio che portando in campo i nomi di quegli ostetrici autorevoli che nella Scuola Napoletana tengono alta ancora la bandiera della sinfisiotomia. Ora il Novi ed il Morisani si accordano per ritenere come limite inferiore ordinario della sinfisiotomia 67 mm. nella coniugata vera, e poichè c'è sufficiente accordo fra gli ostetrici per stabilire ad 80-81 mm. il limite inferiore a cui si possa fare sicuramente a fidanza coi mezzi dell'ostetricia conservativa, ne viene che fra 67-70 mm. ed 80-81 mm. si troverebbe il campo della sinfisiotomia. Malauguratamente la diagnosi dei vizii pelvici

che dovrebbe essere la base intangibile e matematica delle indicazioni della ostetricia operativa è lungi dall'essere esatta e sicura, ed ostetrici esperimentati possono essere discordi nell'apprezzamento aritmetico del diametro promonto-pubico. « On pourrait » juger du degré de perfection auquel une science est parvenue » (scrive il Quetelet), par la facilité plus ou moins grande avec » laquelle elle se laisse aborder par le calcul. » Ora noi abbiamo studiato la pelvi con metodo scientifico, abbiamo cercato di metterla in rapporto colle dimensioni del feto ed a tale rapporto assoluto o relativo abbiamo cercato di coordinare tutte le operazioni ostetriche, procurando così di dare al nostro intervento operativo una tal qual precisione, furono infine, in dotte elucubrazioni, determinati assi, misurati angoli ed inclinazioni. Fin ad un certo punto quindi l'ostetricia potrebbe applicare a sè stessa la sentenza di Quetelet. Ma quando penso invece che il nodo della questione alla fine non è risolto, che noi non possiamo ancora misurare esattamente una pelvi, che quindi ci manca una base matematica per il nostro intervento e come da ciò ne nasca una discrepanza fra gli ostetrici per cui là termina per alcuni in modo assoluto il campo d'azione efficace dell'ostetricia conservativa, dove invece altri se ne mostrano ancora fidentissimi, allora ancora oggidì ricorre alla mia memoria un'altra sentenza più antica, la sentenza di Boer, ostetrico celeberrimo e versatissimo nelle discipline matematiche il quale scriveva: « nihil tam certius » esse, neque magis mathematice demonstrari posse quam in arte » obstetrica nihil de mathematicis esse. » Gli sforzi degli studiosi ci affidano che si arriverà forse alla soluzione del problema che ci interessa, ma intanto quasi ogni ostetrico esperimentato finisce con armonizzare lui stesso le indicazioni degli atti operativi coll'indice aritmetico suo della stenosi pelvica, per proprio conto indipendentemente dagli altri, per cui tali indicazioni anzichè assolute diventano relative quasi ad ogni ostetrico. Voi sapete da quali elementi bisogni trar partito per avere l'indice del diametro promonto-pubico, non potendo noi misurarlo direttamente con esattezza malgrado tutti i pelvimetri inventati. Colla pelvimetria digitale noi misuriamo la linea che dal promontorio va al margine inferiore della sinfisi pubica; da questa, per avere il diametro promonto-sopra-pubico, noi facciamo una deduzione variabile a seconda dell'altezza della sinfisi, del suo spessore, della sua inclinazione e di altri elementi che qui non occorre tutti men-

zionare. Riunendo le due linee rappresentanti la coniugata diagonale ed il diametro promonto-sopra-pubico con una linea rappresentante la sinfisi pubica si costruisce un triangolo di cui sono noti due lati (C. D. ed altezza della sinfisi) e può essere noto con opportuni calcoli l'angolo fra essi compreso. Non parrebbe quindi difficile calcolare il terzo lato del triangolo. Ma coll'osservazione diligente della faccia posteriore del pube si notò un fatto prima sfuggito all'osservazione degli altri, si osservò cioè che il punto più alto del pube non è il punto più vicino al promontorio, ma che invece quest'ultimo si trova ad una certa distanza variabile al disotto di esso. Tale fatto veniva a scombuiare i nostri calcoli e toglieva valore ad alcuni dei fattori accennati che servivano di base ai calcoli stessi. Si cercò quindi di misurare direttamente questo diametro promonto-pubico minimo, come prima del resto si era misurato strumentalmente il diametro promonto-sopra-pubico. Crouzat ha infatti descritto un pelvimetro che si propone tale scopo: lo strumento è ingegnoso e noi lo adopereremo assieme nel corso dell'anno, quantunque già a priori mi paia che non sia esente da alcune pecche che potranno rendere inevitabile o molto frequente l'errore. Attualmente ad ogni modo il miglior sistema di misurazione della pelvi è sempre il digitale, e noi ci troviamo tuttora di fronte al problema: quale sia la deduzione da farsi dalla coniugata diagonale per avere la vera. Questa deduzione deve variare da caso a caso, a norma del variare dei fattori accennati, pure molte volte noi vediamo come in pratica si faccia una deduzione media poichè tali variazioni non sono sempre distintamente apprezzabili. Ma questa deduzione di *consuetudine* è calcolata diversamente anche dai più competenti in cose ostetriche e la differenza non è sempre piccola.

Jacquemier	deduce	mm.	6
Pajot	»	»	10
Schroeder	»	»	17
Playfair	»	»	10-20
Maygrier	»	»	20

È facile vedere le conseguenze che ciò può portare nella pratica. Vi citerò un esempio il quale vi lascerà anche intravedere l'importanza di questa digressione e la ragione per cui io la feci prima di assegnare i limiti entro i quali *per me* dovrebbe conte-

nersi la sinfisiotomia. Data una pelvi con una coniugata diagonale di 92 mm., con Jacquemier e con Pajot, per citare soltanto ostetrici della Scuola Parigina, noi siamo sempre nel campo dell'ostetricia conservativa, del forcipe cioè e della versione, mentre con Maygrier siamo già discesi nel campo dell'embriotomia, per alcuni del taglio cesareo stesso. Di qui la necessità per ogni ostetrico riguardo alle indicazioni operative e per me nel caso attuale riguardo alla sinfisiotomia di determinare anzitutto il criterio fondamentale che ci guida nell'apprezzamento del vizio pelvico reale che noi dobbiamo determinare nella donna vivente e non sulla pelvi preparata a secco. Questo criterio fondamentale è, lo ripeto, fornito dalla deduzione che noi siamo soliti a fare per avere la coniugata vera dalla coniugata diagonale. Ho già detto che questa deduzione deve variare da caso a caso a seconda di molti fattori e sarebbe quindi bene che gli ostetrici abbandonassero il vezzo di dare la C. V. e si limitassero a dare la C. D. accennando a tutti quei fattori che possono influenzare il *quantum* della deduzione e lasciando quindi che il lettore possa farsi lui pure il criterio del grado di stenosi di quella data pelvi. Sta per altro il fatto che nella pratica si suol fare una deduzione di consuetudine e debbo quindi accennare quale sia la deduzione che io sono solito a fare. Nei cento bacini di cui Pinard ha fatto la descrizione grafica, secondo Crouzat, deducendo in modo costante

a) 10 mm., 61 bacini sopra 100 dànno un errore variabile da 6 a 16 mm.;

b) 15 mm., 34 bacini sopra 100 dànno un errore variabile da 5 a 11 mm.;

c) 20 mm., 58 bacini sopra 100 dànno un errore variabile da 5 a 16 mm.

Insomma, l'errore accompagna l'ostetrico quasi come l'*atra cura* siede in groppa dietro il cavaliere di Orazio. Dovendo errare si dovrà scegliere l'errore minore, e, secondo le cifre accennate, deducendo costantemente 15 mm. si avrebbero minori probabilità di errare. Nella esperienza quinquennale che io feci nella Maternità di Milano, dai confronti che ebbi campo d'istituire tra la pelvimetria eseguita in vita e quella eseguita sul cadavere venni mano mano tratto alla convinzione che, nei casi ordinarii, la deduzione di 12 mm., fosse la migliore. Debbo per altro aggiungere come il

clinico esercitato non debba soltanto tener calcolo del diametro anteriore, ma in tutta la conformazione della pelvi debba ricercare le cagioni che lo inducono ad un atto operativo piuttostochè ad un altro. In tale fatto specialmente sta la preminenza del metodo di misurazione digitale sullo strumentale. Ciò premesso, è però innegabile l'influenza che sulle nostre determinazioni esercita la lunghezza del diametro antero-posteriore minimo nei casi abbastanza numerosi in cui la pelvi presenta una certa simmetria. Or bene: nella ricca raccolta di pelvi possieduta dalla Scuola Ostetrica di Milano ho voluto determinare i rapporti tra coniugata diagonale e diametro promonto-pubico minimo, onde vedere quale deduzione ci offrisse meno probabilità di errore. Le mie ricerche le estesi io pure a 100 bacini, escludendo le forme rare eccezionali di deformità pelviche e le pelvi assimetriche poichè in queste non c'è altro criterio, fuorchè quello fornito da un dito abile ed esercitato, per determinare lo spazio utile di una pelvi. Alle mie ricerche associai il Prof. Negri, e tale associazione non vi paia superflua: prescindendo dal fatto che il lavoro ne viene facilitato, non è indifferente e neppure frequente l'essere concordi almeno in due fosse pure nella misurazione delle pelvi preparate a secco. Mi rincresce per quelli che già pretendono di fare una ostetricia algebrica, ma la cosa è così.

Quid verum atque decens curo et rogo et omnis in hoc sum.

Horat. Epist. I. Lib. I.

A voi intanto basti il sapere come, secondo i miei computi sopra le 100 pelvi, si abbia molto minore probabilità di errare facendo una deduzione non inferiore a 12 mm. ma non superiore a 15 mm.: deducendo 12 mm., si avrebbe un errore medio di mm. 3,37, e deducendo 15 mm. si avrebbe un errore medio di mm. 3,39.

La deduzione quindi che coll'esperienza clinica mi persuasi mano mano essere la migliore, fu dopo confermata tale dai calcoli fatti sopra una scala abbastanza estesa perchè alcune cause di errore scompaiano o perdano molto del loro valore. Data tale deduzione ne segue, che facendo io cessare ad 80 mm. *reali* nella C. V. il campo dell'ostetricia conservativa, ogni qualvolta io misuri una C. D. da 80 a 90-92, ne segue, io dico, che secondo le mie convinzioni io mi trovi allora nel dominio della sinfisiotomia.

Ben inteso, o signori, che noi non dobbiamo ora tener calcolo dei casi eccezionali; se ciò fosse ogni indicazione precisata non sarebbe più possibile in ostetricia. Volendo tener calcolo delle eccezioni si cade necessariamente nel vago e nell'indefinito, e vi cade lo Schroeder, quando, classificando le pelvi a norma del loro grado di ristrettezza, le divide in tre classi e così definisce il bacino appartenente alla seconda: « il bacino ristretto che in cir-
» costanze favorevoli permette il parto di un feto vivo ma nel
» quale esiste sempre il pericolo di una fine infelice per la madre
» o per il feto. I limiti di questa varietà di stenosi pelvica de-
» vono essere fissati per i bacini piatti, ristretti solamente nella
» coniugata, da ctm. 6 ½ a 9 ½, sino a 9 ¾ per i bacini gene-
» ralmente ristretti. » Ma, io osservo, mentre da 80 in su c'è grandissima probabilità di avere un bambino vivo senza nocumento per la madre, da quel limite in giù tale probabilità va scemando e scompare. Non trovo quindi clinicamente logico di accomunare in una sola classe i bacini compresi entro i limiti fissati da Schroeder. Ciò mi porta naturalmente a discutere un punto capitale della questione, se cioè nei limiti in cui io credo indicata la sinfisiotomia altre operazioni raggiungano meglio lo scopo, di avere il maggior numero di vite fetali salve col minor sacrificio della vita delle madri. Che al disotto di 80 mm. sia una eccezione avere bambini vivi coi mezzi ordinarii dell' ostetricia conservativa mi soccorre la mia stessa esperienza clinica: il forcipe in Santa Caterina al disotto di 80 mm. fu od infruttuoso od esiziale, e altrettanto si può dire della versione. E non vi nascondo come un certo scetticismo s'impadronisca di me ogniqualvolta ascolto che col forcipe si estrasse un bambino vivo a 75-74 anche 65 mm., e la dimanda che mi sale subito alle labbra si è con quale grado di stenosi pelvica il forcipe fosse realmente alle prese. Ma la limitazione del forcipe da me accennata, millimetro più, millimetro meno, è accordata da più, e dalla tesi sul forcipe del mio collega Prof. Cuzzi, rilevo come anche nella Clinica Torinese non si sieno avuti migliori risultati. Infatti nei casi in cui il diametro sacro-pubico misurava 80 mm. o meno, la mortalità per la madre fu del 37,5 %, per il feto del 75 %. È alla versione, che, specialmente in Germania ed in Inghilterra, si vorrebbe assegnare un più vasto campo d'azione. Però, prescindendo dal fatto che la versione per essere praticata esige condizioni non sempre e neppur di frequente reperibili, manca ancora una lunga serie di fatti

che ci dia la prova dei luminosi risultati che si vorrebbero con essa ottenere.

Lo Schroeder scrive: « nei bacini ristretti sino a 72 ½ mm. *noi abbiamo potuto* estrarre bambini vivi, » e più oltre aggiunge: « anche quando la C. V. avrà meno di 8 ctm. *di tempo in tempo* si avrà la gioia di estrarre un bambino vivo di medio volume. » Ma in questa citazione quante limitazioni tacite o manifeste, le quali ci lasciano intravedere l'eccezionalità del fatto! E notate come lo Schroeder faccia una deduzione di 17 mm. per i bacini piatti e di 20 e più per quelli rachitici; e notate ancora come lo stesso autore faccia osservare che alcuni di questi bambini nati vivi presentano forti depressioni craniche e come la metà di essi se ne muoia. È probabile quindi che le mie parole incontrino fede quando vi dirò che l'esperienza clinica mi ha dimostrato essere eccezionale un buon esito anche colla versione al disotto di 80 mm. reali. Ma di ciò ne darò più oltre anche le prove. Certo anche tali eccezioni rappresentano un invito a praticarla quando non si abbia altro espediente che l'embriotomia che i feti li sacrifica tutti: al postutto se, fatta la versione, la estrazione del capo non riesce si praticherà l'embriotomia posteriore al tronco che non è nè più laboriosa nè più difficile. E noi dobbiamo precisamente vedere se questo altro espediente ci sia. Prima però di passare alla seconda parte della mia dimostrazione debbo sgombrarmi la via da un'altra obbiezione.

Andiam, che la via lunga ne sospinge.

Se la versione ed il forcipe nei limiti accennati non rappresentano che un tentativo azzardoso di avere un bambino vivo, potremo noi nella forza meccanica applicata all'ostetricia trovare modo di ottenere la desiderata e voluta riduzione della testa fetale senzachè ne venga nocumento alla madre od al feto? Per ottenere un bambino vivo al disotto di 80 mm., bisogna far calcolo sopra una riducibilità innocua della testa fetale maggiore di un centimetro. Joulin, uno degli apostoli della forza meccanica in ostetricia, limita a 15 mm. la riducibilità che egli chiama pratica, ma egli non pretende che una simile compressione sia inoffensiva. Tutt'altro! Egli ammette *che un gran numero di feti soccombono all'operazione,* pure ha fiducia nelle trazioni meccaniche applicate a tal limite di stenosi che renda necessaria tale riduci-

bilità, e dal suo punto di vista ha ragione lui pure perchè considera tali feti come tutti votati al cefalotribo. Chè se noi diamo uno sguardo ai risultati ottenuti non abbiamo gran ragione di dichiararcene soddisfatti. Nei 37 casi appartenenti a Chassagny, a Joulin, a Berne, a Tarnier s'ebbe per le madri la mortalità del 21,61 %, per i bambini del 64,86 %: ed in parecchi casi, notatelo bene, o signori, il diametro promonto-pubico, oltrepassava gli 80 mm., mentre in altri non è indicato che con termini vaghi il grado dello stringimento. La forza meccanica venne applicata 5 volte in Santa Caterina, delle quali due al disotto di 80 ed in entrambi i casi il feto venne morto.

Ora ci si presenta spontanea la dimanda: colla sinfisiotomia si possono ottenere risultati migliori? Anzitutto essa ha una cerchia d'azione maggiore, poichè nessuno vorrà spingere *metodicamente* forcipe e versione fino a 67-70 mm. al quale limite di ristrettezza, secondo la Scuola Napoletana, la sinfisiotomia può dare ancora risultati soddisfacenti. Ma ciò, io lo devo ancora dimostrare. La questione è anzitutto meccanica. Mantenendo cioè la sinfisiotomia nei limiti più volte accennati, si può aumentare con essa lo spazio utile di quel tanto necessario per entrare nettamente nel campo dell'ostetricia conservativa? Si è così concordi nell'ammettere questo da coloro che non sono proprio sistematici avversarii della sinfisiotomia, che sarebbe inutile ogni dibattito. Pure ho voluto rinnovare esperienze e queste numerose e sopra cadaveri di puerpere, sopra donne quindi le cui sinfisi pelviche si trovano nelle condizioni stesse che si hanno in quelle che devono subire tale atto operativo. Del diametro sacro-pubico non è più a discorrerne poichè non esiste più la linea che lo rappresenta: appena aperta la sinfisi — e nel far questo occorre una breve incisione e l'uso del falcetto è comodissimo — i pubi si divaricano spontaneamente da 2 a 3 ctm. e portando le coscie in abduzione con modicissimi traimenti, talmente modici da avere appena appena il senso muscolare della forza impiegata: tale divaricazione si porta con estrema facilità a 5 ctm.: a tale punto le distanze promonto-pubiche sono di 1 ctm. ad 1 ½ più grandi che non il diametro promonto-pubico se i pubi fossero avvicinati. Inoltre il diametro trasverso ed i diametri obliqui aumentano in una proporzione maggiore e sarebbe incomprensibile il non voler tener calcolo anche di tale guadagno. L'aumento diametrico allo stretto inferiore è poi tale, che molti considerarono a ragione la sinfisiotomia come special-

mente indicata nei vizii di quel distretto. Ma sulla questione meccanica è inutile insistere, poichè non so vedere come si possano contrastare tali risultati che ognuno è in grado di potere verificare, solo volendolo: e mantenendo la sinfisiotomia tra 67-70 ed 80-81 si entra nettamente nel campo dell' ostetricia conservativa, nel campo cioè in cui il parto sarà poi possibile colle sole forze della natura o con una applicazione di forcipe non laboriosa o colla versione. Ma se la sinfisiotomia cadde in discredito non fu certo per obbiezioni che si rivolgessero al quesito meccanico come fu qui formulato. Le obbiezioni più serie si sono mosse in un altro campo. Quali sono le conseguenze immediate, quali le successive per la madre? Quali sono i risultati reali conseguiti rispetto al bambino? I pericoli dell'atto operativo debbono analizzarsi rispetto all'atto operativo stesso e rispetto alle lesioni che la divisione della sinfisi pubica può portare nelle sinfisi sacro-iliache. Che oggidì, coi portenti avuti mediante la medicazione antisettica, la semplice divisione del pube *considerata in sè*, sia pericolosa, nessuno vorrà ammetterlo, ed i fatti recenti spettanti alla Scuola Napoletana sono d'altronde troppo eloquenti. Ma anche alla verità dei fatti conosciuti contradiceva manifestamente il Dieffenbach quando scriveva che « infiltrazioni marciose, necrosi, » carie od almeno la mancanza di saldatura della sinfisi in ac- » compagnamento colla paralisi sono i risultati *delle più felici ope- » razioni* di questa fatta ».

Il pericolo delle lesioni delle sinfisi sacro-iliache fu dimostrato reale, ma fu esagerato: perchè tale possibilità si verifichi bisogna chiedere alla sinfisiotomia più di quello che essa può dare, bisogna portare la distanza fra i pubi a 6-7 ctm. qualche volta al di là. E quando, trascinati dall'entusiasmo esagerato che delle cose realmente buone è il peggiore nemico, i partigiani fanatici dell'operazione Sigaultiana volevano applicarla nelle estreme stenosi pelviche in sostituzione del taglio cesareo niun dubbio che ciò avvenisse e che pesasse tristamente e sulla mortalità delle madri e sull' avvenire dell' operazione stessa. Ma praticando questa nei suoi giusti confini, in quelli ammessi oggidì dalla Scuola Napoletana tale timore è esagerato, è pressochè immaginario, oggidì tanto più che col cloroformio noi possiamo impedire in modo assoluto gli inconsulti movimenti della donna e con essi le conseguenze che ne possono nascere. Il Duncan, negli scritti del quale tanto si ammirano e la serietà dell' indagine e la profondità del-

l'analisi e l'acume critico, dopo avere espresso la sua convinzione che la sinfisiotomia gli pareva abbandonata troppo presto, parlando poscia dei cambiamenti che avvengono nelle sinfisi pelviche durante la gravidanza aggiunge: « il timore che si producano » lesioni è probabilmente imaginario poichè noi sappiamo che per » determinare lo strappo delle sinfisi sacro-iliache dopo la sezione » della sinfisi pubica è necessario spiegare una *grande forza* ».

E udite con quanto senno, con quanta finezza, con quanto humour l'Asdrubali difendesse l'atto operativo da simili accuse. « Non è la sinfisiotomia che toglie di vita le madri, ma la indi- » stinta pratica di essa, che deve avere un limitato confine. » Chamberleyne comparve in Parigi, vivente Moriceau, con una » particolare forcipe, colla quale egli asseriva di liberare qualun- » que partoriente, costituita in un travaglio il più spinoso. Ne » ottenne il permesso. Ma perchè agiva poco maturamente adat- » tando il suo strumento in pelvi assai anguste, erano più le » madri ed i feti, che uccideva, di quelli che salvasse. Fu co- » stretto desistere e partire massime per la contradizione di Mo- » riceau. Ecco una forcipe, che in oggi si considera come un'An- » cora di salute per le infelici madri e pericolanti feti, allora fu » riputata uno strumento assolutamente micidiale e perchè? per- » chè non veniva applicata opportunamente. La stessa sorte sem- » bra che abbia incorso la sinfisiotomia. È divenuta mortale in » mano di quegli che furono troppo solleciti e che credettero di » poterla usare in tutti i casi di angustia di pelvi; ma non così » in quelle altre mani che ne fissarono i limiti e che poi le più » e più fiate ne sperimentarono il felice evento ».

Le parole dell'Asdrubali si rivolgevano alla statistica di Baudelocque, e che le osservazioni del primo sieno assennate lo dimostra uno sguardo dato alla statistica del secondo, nella quale sono consegnati molti dei fatti allora conosciuti. Alcuni mettono in evidenza l'imperizia sorprendente di alcuni operatori, mentre altri dimostrano in modo eloquente l'abuso che se ne fece da entusiasti ma poco ragionevoli partigiani di quest'atto operativo vuoi in un senso vuoi in un senso opposto o praticandolo cioè in bacini in cui era controindicato per la gravità dell'angustia pelvica, ovvero sostituendolo al forcipe, alla estrazione podalica, all'aspettativa pura e semplice. Ma tale statistica dimostra altresì come mantenuta ne' suoi giusti limiti, desse anche allora risultati soddisfacenti, e dal suo esame io venni tratto alle stesse conclusioni a cui giunse il Prof. Morisani:

1.° Che i risultati della sinfisiotomia furono molto gravi per la madre, allorchè la operazione fu praticata al disotto del limite inferiore della sua indicazione. Si operò infatti quattro volte e si ebbero tre donne morte; ma nei quattro casi il diametro coniugato raggiungeva appena i 60 mm.

2.° Per contrario i risultati furono abbastanza soddisfacenti per la donna, allorchè l'operazione si tenne rigorosamente ai confini giusti nei quali l'operazione è indicata. Così su 31 donne, nelle quali la coniugata era da 65 a 75 o al disopra sino agli 81 mm. si ebbero 7 morte e 24 guarite.

3.° Che anche entro i giusti confini talvolta i rovesci dipesero dall'epoca del travaglio in cui si operò, o dal modo di esecuzione.

4.° Che gli accidenti consecutivi vennero soventi dai maltrattamenti delle parti genitali, che erano preceduti all'operazione.

5.° Che la perdita dei bambini deve essere attribuita più ai mezzi accessorii impiegati per l'estrazione di essi che all'operazione medesima.

In Italia ho già accennato come nel primo periodo la sinfisiotomia fosse qua e là eseguita e piuttosto con fortunati eventi, come, restando alla Scuola Milanese, due volte la eseguisse l'Assalini, tre volte il Gianni, che se ne dimostrarono fautori. Ma, rifuggitasi poi nella Scuola Napoletana, ove fu mantenuta in onore sino ai giorni nostri, è a questa Scuola che noi dobbiamo chiedere i documenti odierni per valutare l'atto operativo al suo giusto valore. Ebbene ho sott'occhio due statistiche l'una dal 1807 al 1858, riportata dal Corradi nella sua storia dell'ostetricia, l'altra dal 1868 al 1880 redatta dal Prof. Novi. Il loro confronto offre già un dato di molta importanza, dimostra cioè che la sinfisiotomia ha seguito la legge di tutti i grandi atti operativi, che essa è andata mano mano migliorando i suoi risultati. Nei 24 casi riferiti dal Corradi troviamo per le madri una mortalità del 29,16 %, per i bambini una mortalità del 62,50 %. Dunque una mortalità complessiva del 45,83 %. Questi risultati non erano certo molto incoraggianti. C'è però l'attenuante che la sinfisiotomia nella serie indicata venne alcune volte praticata in vizii pelvici piuttosto gravi.

Vediamo invece quali risultati desse poi in seguito la sinfisiotomia quando venne contenuta entro giusti limiti. La statistica

del Novi comprende 52 casi operati dal 1° gennaio 1868 al 5 dicembre 1880: toglieremo da essa 5 casi nei quali venne esperito il connubio della sinfisiotomia col parto prematuro e colla cefalotrissia sul quale connubio non intendo richiamare la vostra attenzione. I 47 casi che restano si dividono come segue:

Dal 1° gennaio 1808 al 26 settembre 1872, N. 24. Dal 1° ottobre 1872 al 5 dicembre 1880, N. 23.

Nella prima serie noi abbiamo 18 madri guarite e 6 morte, 19 bambini vivi e 5 morti, il che ci dà una mortalità materna dal 25 %, una mortalità del 20,83 % per i bambini, una mortalità complessiva del 22,91 %.

Nella seconda serie noi abbiamo 20 madri guarite, soltanto 3 morte, con 19 bambini vivi e 4 morti, cioè una mortalità materna del 13,08 %, una mortalità fetale del 17,39 %, una mortalità complessiva del 15,23 %.

In entrambe le serie come limite superiore non si oltrepassò gli 81 mm. come limite inferiore due sole volte si discese al disotto di 67 mm., a 61 mm.

Paragonate le statistiche che io ho offerto al vostro esame, e poi ditemi se il confronto solo non debba dare materia di seria ponderazione a tutti coloro che non si lasciano guidare da idee preconcette. La mortalità complessiva dei due esseri discende dal 45 al 23, indi nell'ultima serie al 15 %: queste cifre sono così eloquenti che varranno forse a scuotere il disdegnoso silenzio dei più, ad incoraggiare i timidi, a persuadere gli imparziali a riprendere in esame una questione troppo inacerbita da una critica, che non forse mirava sempre alla verità, la cui ricerca deve essere nostro unico e precipuo scopo. Nell'ultima serie di casi indicata, non mi fu possibile di vedere in quale proporzione si applicasse il metodo antisettico, ma certo se lo fu, lo fu in piccola parte. Quali splendidi risultati non siamo noi di diritto di aspettarci, quando metodicamente e scrupolosamente si applicasse alla sinfisiotomia la medicazione listeriana, mediante la quale, operazioni per regola mortali dànno ora per regola la guarigione! Ma, pur restando ai risultati ultimi avuti, vediamo se, entro i limiti in cui io pure vorrei contenere la sinfisiotomia da 67-70 mm. a 80 mm., gli altri mezzi che ad essa vi sostituiscono dall'aspettativa al forcipe, alla versione, alla embriotomia diano risultati che più si avvicinino all'ideale dell'arte nostra. Per tale confronto niun campo mi si presentava più favorevole della Maternità Mi-

lanese, ove piuttosto frequenti si riscontrano i bacini viziati entro i limiti accennati. Le mie ricerche le estesi all' ultimo decennio. A ciò m'invitava il fatto che in questo periodo di tempo la direzione della clinica era affidata ad una sola persona, al mio carissimo maestro Prof. Chiara, al quale muovendo i primi passi nella carriera universitaria, mi è caro esprimere tutto il mio affetto di amico, la mia altissima stima di collega, la mia gratitudine di discepolo. Ciò mi porgeva la necessaria garanzia che presiedesse un criterio unico ed alla diagnosi del grado della viziatura pelvica ed alla scelta dell'atto operativo più opportuno in armonia con questa. Non solo: così facendo, io ho scelto il materiale di confronto in un periodo di tempo che corre quasi parallello a quello in cui venne praticata l'ultima serie di sinfisiotomie, un periodo di tempo nel quale furono introdotte molte migliorie nell'arsenale ostetrico operativo, un periodo di tempo infine per metà del quale si passarono sotto agli occhi miei gli eventi ostetrici, dei quali posso anche dire *magna pars fui.*

Si fu appunto coll' osservazione di questi che si venne mano mano maturando in me la convinzione che, entro i limiti accennati, l'arte nostra fosse difettosa, e che il tentare il forcipe o la versione là dove già in antecedenza si era sicuri della non riuscita sempre fidenti in un esito eccezionale che troppe volte la natura stessa delle cose ci rifiutava, ovvero votare al craniotomo il feto vivente sacrificandolo alla madre, ovvero praticare il taglio cesareo e così molte volte al figlio sacrificare la madre non ci avvicinasse punto a quella perfezione ideale alla quale devono tendere le aspirazioni e gli sforzi dell'arte.

Dal gennaio 1873 al novembre 1882 nell'Ospizio di S. Catterina 56 donne, a termine di gravidanza, offersero una stenosi pelvica variante da 67 ad 80 mm. nella coniugata. Ebbene raccomando alla vostra meditazione le seguenti cifre: la mortalità dei bambini fu dell'81,78 %, la mortalità delle madri è rappresentata dal 14,28 %, la mortalità complessiva fu del 48,03 %. Confrontate ora, o signori, la mortalità accennata con quella offerta dall'ultima serie sinfisiotomica, e voi troverete a favore di questa non solo una enorme differenza nella mortalità fetale ma persino una piccola differenza riguardo alla mortalità materna. Ma dall' analisi dei 56 fatti spettanti all'Ospizio di S. Catterina si trae un altro ammaestramento, si rileva cioè che i dieci bambini vivi, che tanti se ne ebbero, passarono o spontaneamente o colla versione o col forcipe

attraverso pelvi ristrette la cui C. V. è indicata come misurante 80 mm. oppure da 78-80, entro limiti cioè in cui nessuno contesta l'opportunità di una prudente aspettativa o di un prudente intervento col forcipe. Ciò equivale a dire in altri termini che verso il limite superiore della stenosi pelvica che indica la sinfisiotomia, si potrà fare un tentativo di forcipe dopo una ragionevole attesa, e questo tentativo di forcipe io pure lo consiglio se non fosse altro in vista della possibilità di un errore diagnostico nella determinazione del grado della stenosi pelvica. Sopra un altro fatto però debbo richiamare la vostra attenzione affinchè non si esageri troppo la speranza di avere un bambino vivo anche nei limiti accennati: dei 6 bambini estratti vivi col forcipe, 2 presentarono uno sviluppo inferiore allo sviluppo medio ed un altro nacque vivo con una profondissima depressione di un parietale. Debbo infine accennarvi come 14 volte fosse infruttuoso il forcipe e tre volte infruttuosa l'estrazione manuale; ed in un caso solo si trattava di una pelvi misurante 68-70 mm. nel diametro minimo, mentre questo misurava da 75 ad 80 mm. negli altri 16 casi, dati eloquenti a dimostrare come si debba restringere entro certi limiti l'efficacia anche semplicemente *meccanica* dei mezzi conservativi. Ma ora mi si potrà obbiettare: la guarigione delle madri dopo la sinfisiotomia, guarigione che i dati statistici dimostrano avverarsi così di frequente, è guarigione reale, stabile, utile, ovvero l'atto operativo lascia bensì la vita ma con uno strascico di malanni, di guai, di infermità fisiche? A questa dimanda io non posso rispondere che coll'affermazione di uomini degnissimi di ogni fede i quali porgono l'assicurazione che il taglio della sinfisi non porta con sè o lo porta molto di rado alcun nocumento consecutivo, e la logica dei fatti e la logica dei confronti con quanto si pratica oggidì dal chirurgo sopra altre articolazioni ed i risultati del metodo antisettico ci autorizzano ad unire all'affermazione loro l'affermazione della nostra ragione anzichè la nostra fede. Dovrei ora parlarvi del miglior metodo per eseguire la sinfisiotomia: ma ciò esce dai limiti che io mi sono imposto, ed il poco qui detto basta. Il mio compito era di studiare con criterii individuali e liberi una questione su cui pesava troppo l'autorità tradizionale, un atto operativo che da studente aveva udito bandire dalla cattedra, che da pratico non avevo visto eseguire, che da studioso aveva scôrto avvolto nel silenzio. La mia convinzione è sorta dall'analisi spassionata dei fatti: se la sinfisiotomia ha in-

dicazioni nette e precise, se i risultati che essa offre per la madre e per il feto sono commendevoli, perchè non deve risorgere oggidì che il metodo antisettico le offre un ambiente così favorevole per la sua riprova clinica?

SIGNORI,

Seguendo una lodevole consuetudine io vi ho presentato la mia carta di visita con questa prolusione nella quale espressi i miei convincimenti sopra una questione molto complessa. Essa è anche un programma poichè vi indica che in questa clinica non si faranno che quelle esclusioni che ci vengono imposte dal ragionamento o dall' esperienza. Ma pure, nuovo fra voi, qualche parola devo ancora aggiungerla onde delineare almeno a grandi tratti l' indirizzo scientifico e clinico che io intendo seguire nell'insegnamento a me affidato. Da molti io ascolto come nell'insegnamento universitario medico ogni possa del professore debba convergere alla formazione di buoni pratici. Niun dubbio che questo debba essere uno degli obbiettivi e non il minore ed io mi sforzerò in ogni modo per trarre il massimo vantaggio dallo scarso materiale clinico messo a mia disposizione a profitto di coloro che seguiranno il mio corso. Ma ciò non è tutto: se così fosse l' insegnamento universitario sarebbe impicciolito, sarebbe sospinto entro una cerchia angustissima, il suo ideale sarebbe stranamente immiserito. A me sembra che allo studente universitario debbano essere rilevati anche i più lontani orizzonti della scienza che egli coltiva, a me sembra che anche lo studente debba associarsi al professore in quella ginnastica intellettuale per cui le principali questioni del giorno sono studiate, possibilmente approfondite e non solo quelle che immediatamente rivelano l' applicazione pratica ma anche quelle d'ordine puramente scientifico e speculativo che ancora non lasciano intravederla. E con questa professione di fede io porgo il mio primo saluto ai colleghi che così amorevolmente mi hanno accolto ed agli studenti che dovrò ora dirigere nello studio di una delle più severe ed importanti branche della medicina, per poi risalutarli colleghi carissimi alla fine del corso scolastico.

AGGIUNTE

1.

La prima sinfisiotomia in Italia.

Secondo il Cattolica traduttore dell'opera di Baudelocque, la prima sinfisiotomia in Italia sarebbe stata praticata da Domenico Ferrara nel 1774 ed allora sarebbe stata non solo la prima italiana ma avrebbe preceduto anche quella di Sigault. In tale credenza è il Novi, ed io pure ciò affermai nella conferenza: *sulle indicazioni assolute e relative del taglio cesareo, metodo Porro.* Il Corradi però, nella sua storia dell'ostetricia, appoggiato ad argomentazioni storiche di grande valore, rifiuta tale opinione, e crede che il Ferrara operasse per la prima volta nel 1787, operazione che invece sarebbe la seconda dello stesso Ferrara per lo scrittore Napoletano. La prima sinfisiotomia italiana, e con esito infelice, sarebbe stata compiuta invece da Antonio Lavagnino a Genova la vigilia del Natale del 1781, operazione della quale scrive anche Baudelocque.

2.

La sinfisiotomia nell'Ospizio di S. Catterina in Milano.

La notizia della sinfisiotomia praticata dall'Assalini in detto Ospizio l'ho tratta dal Corradi, il quale, a sua volta, l'ha tratta dagli *Atti dell'Accademia Gioenia* che io non ho potuto consultare. In quale conto tenesse l'Assalini tale operazione e quali fossero le sue convinzioni a suo riguardo lo dimostra il seguente brano tratto dal suo — *Discorso sul modo di estrarre il feto morto e ritenuto al disopra di una pelvi angusta e di cattiva forma*, Milano 1811. - « Relativamente » alla sinfisiotomia io penso che le obbiezioni fatte a questa opera- » zione sono state esagerate, come esagerati erano i vantaggi che si

» volevano attribuire al taglio cesareo. Hunter, parlando della testa
» inchiodata ed avanzata nella pelvi, antepone ad ogni altra opera-
» zione, essendo il feto vivo, il taglio della sinfisi del pube. Io credo
» che in caso di piccola differenza ne' diametri, non è esporre la vita
» della madre il proporre e fare il taglio della sinfisi per salvare la
» vita del suo bambino. Io credo ancora che all'atto dell' operazione,
» che consiste nel tagliare poca cute, poco tessuto cellulare, la car-
» tilagine, sia cosa utile il far sostenere i fianchi della partoriente
» da un assistente, per impedire il divaricamento soverchio e troppo
» pronto delle ossa del pube a danno delle sinfisi sacro-iliache; indi
» mantenere il bacino sostenuto da una fascia unitiva non molto ser-
» rata, ed aspettare l'espulsione del feto mediante le contrazioni del-
» l'utero. Procedere dopo il taglio della sinfisi del pube all'estrazione
» violenta del feto, o mediante il rivolgimento, o facendo uso del for-
» cipe, egli è a parer mio fare delle operazioni superflue e dannose.
» Simili violenti processi verosimilmente furono la sorgente principale
» delle obbiezioni fatte a questa operazione. Il taglio della sinfisi per
» sè non è operazione nè dolorosa nè complicata e facilmente guarisce ».

I tre casi di Gianni sono riferiti nella seguente memoria pubblicata negli *Annali Universali di Medicina*, anno 1818, dal seguente titolo: *Relazione di tre casi di sinfisiotomia eseguita dal Dott. Giacomo Gianni, professore di Ostetricia nell' Ospizio di S. Catterina di Milano e comunicata dal Dottore Scotti ostetricante aggiunto.*

Essi si possono così riassumere;

Caso I, *riferito da Palletta nell' adunanza ordinaria del* 17 *Agosto* 1815 (*nell'Istituto Lombardo*).

Venne eseguita il 10 gennaio 1815 alle 2 ant. sopra una giovane primipara, rachitica, d'anni 17, della statura di piedi 3, pollici 5 parigini. Fu sorpresa dai dolori del parto nella notte del 17 gennaio; il diametro dal pube all'osso sacro, fatte le necessarie deduzioni, veniva ad essere di pollici due e mezzo. Presentazione dell' ovoide podalico completo. L'operazione venne fatta nove ore dopo lo scolo delle acque. L'estrazione fu facile. Il feto non diede segni di vita, nè si intesero i battimenti del cuore nè del funicolo, ma anche prima dell'atto operativo lo si era giudicato morto. Per la chiusura della ferita venne scelta la sutura attorcigliata. Guarigione.

Caso II, *così trovasi scritto nei registri nosologici di S. Catterina.*

Li 15 Marzo 1817.

Rachitica, d'anni circa 35, alta 3 piedi e 5 pollici: la distanza dal sacro alla sinfisi del pube misurava 2 pollici e qualche linea. Presentazione del vertice. A un'ora dopo mezzanotte sono scoppiate le membrane. L'operazione fu eseguita verso le ore 3 e mezza pomeridiane. Sotto la continuazione degli stessi dolori verso le 6 e mezzo sortì il feto nella prima posizione di Baudelocque senz'altro aiuto dell'arte e diede segni di vita. Morte in 9ª giornata. I due rami del pube si trovarono discostati di mezzo pollice. I legamenti delle sinfisi sacro-iliache sono trovati in stato naturale. Il diametro promonto-pubico fu trovato di pollici 2, linee 8.

Caso III, *da me riferito e descritto.*

Donna di 33 anni, d'abito di corpo cachettico e magro, della grandezza di 3 piedi e mezzo. Il diametro promonto-pubico risultò di due piedi e mezzo parigini: si praticò la sinfisiotomia a membrane integre: il feto in presentazione di vertice venne quindi espulso spontaneamente. Il bambino venne alla luce vivo e vagiva forte. Guarigione: il decorso ulteriore fu però lungo e tempestoso.

Dopo, di una sola sinfisiotomia praticata in Lombardia trovo fatta menzione. Essa passò generalmente inosservata ed appartiene al Dott. Piccinini. L'osservazione venne riferita al congresso medico di Lione nel 1872: l'operazione era stata praticata col metodo sottocutaneo nel 1870 a Cassano-Magnago e con pieno successo per la madre e per il feto. È curioso però come l'autore consigli a non praticare la sinfisiotomia al disotto di 80-95 mm.!!

3.

La sinfisiotomia presso la Scuola Napoletana.

(Dal 1807 al 1858).

1	1807 Oper. Amantea	Ristrettezza somma allo stretto inferiore - feto morto - madre morta dopo 40 giorni per anasarca - dopo 30 giorni saldate le ossa.

2	1815	Oper.	Galbiati	Diametro sacro-pubico di 63 mm. - feto morto dopo 48 ore - madre morta dopo 18 giorni.
3	1818	»	»	Diametro sacro-pubico 58 mm. - madre guarita - feto vivo.
4	1820	»	»	Pelvi osteomalacica - feto premorto madre guarita.
5	1821	»	Mancini	C. V. 63 mm. - madre viva - feto vivo.
6	1826	»	Galbiati e Mancini	C. V. 67 mm. Madre gnarita - feto morto poco dopo.
7	1828	»	Galbiati	La stessa donna ritornata gravida - guarigione - feto vivo.
8	1829	»	Cattolica	C. V. 67 mm. - morte del feto e della madre.
9	1834	»	Petrunti	C. V. 61 mm. - feto vivo - madre guarita.
10	1835	»	Galbiati	C. V. 67 mm. - feto morto - madre guarita.
11	1835	»	» ?	Feto morto - madre guarita.
12	1836	»	»	Morte del feto e della madre.
13	1836	»	»	C. V. 67 mm. - feto vivo - morte della madre dopo 30 giorni per gastro-enterite.
14	1836	»	»	C. V. 74 mm. - morti i due feti gemelli - madre guarita.
15	1836	»	Rispoli	Feto vivo - madre guarita.
16	1837	»	Galbiati	Morte del feto e della madre.
17	1838	»	»	Feto vivo - madre guarita (la stessa del N. 14).
18	1839	»	»	Morte del feto e della madre.

19	1840	Oper.	Galbiati?	Morte del feto e della madre.
20	1840	»	»	Feto morto e rimasto nell'utero - madre morta.
21	1850?	»	Caccioppoli	C. V. 81 mm. - bisischiatico 49-51 - feto vivo - madre guarita.
22	1853	»	Iacolucci	C. V. 72 mm. - feto morto - madre guarita.
23	1856	»	»	C. V. 67 - feto vivo - madre guarita.
24	1858	»	»	C. V. 67 mm. - feto morto poco dopo - morte della madre.

Dalla storia dell'Ostetricia in Italia, ecc.
del Prof. Alfonso Corradi.

Dal 1° gennaio 1868 al 26 settembre 1872.

Numero progressivo	Vizio del bacino	Presentazione	ESITO madre	ESITO feto	OSSERVAZIONI
1	mm. 81	vertice	guarita	vivo	
2	» 81	»	»	»	
3	» 81	pelvi	»	morto	
4	» 81	»	»	»	
5	» 81	vertice	»	vivo	
6	» 81	pelvi	morta	morto	Metro-peritonite.
	bisisch. 40				
7	» 81	vertice	guarita	vivo	
8	» 81	spalla	»	morto	
9	» 74	vertice	morta	vivo	Metro-peritonite.
10	» 74	»	guarita	»	
11	» 74	»	»	»	
12	» 74	»	»	»	
13	» 74	»	morta	»	Peritonite.
14	» 74	»	guarita	»	
15	» 74	»	morta	»	Flemmone iliaco.
16	» 69	»	guarita	»	

Numero progressivo	Vizio del bacino	Presentazione	ESITO madre	ESITO feto	OSSERVAZIONI
17	mm. 67	vertice	guarita	vivo	Con fistola vescico-vaginale.
18	» 67	»	»	»	
19	» 67	»	morta	»	Metro-peritonite.
20	» 67	»	»	»	Metro-peritonite.
21	» 67	»	guarita	morto	
22	» 61	»	»	vivo	
23	» 61	»	»	»	
24	» 69	»	»	»	Operata la 2ª volta.
25	» 49	»	»	morto	Sinfisiotomia e cefalotripsia - feto morto.
26	» 54	spalla	»	vivo	Parto prematuro - Sinfisiotomia - feto morto dopo un'ora.

Dal 1° ottobre 1872 al 5 dicembre 1880.

Numero progressivo	Vizio del bacino	Presentazione	ESITO madre	ESITO feto	OSSERVAZIONI
1	mm. 81	vertice	guarita	vivo	
2	» 81	»	»	»	
3	» 81	»	»	»	
4	» 81	»	»	»	La sinfisiotomia venne praticata dopo esperito l'apparecchio di Cassagny.
5	» 74	»	»	»	
6	» 74	»	»	»	
7	» 74	»	»	morto	
8	» 74	»	»	vivo	
9	» 74	»	»	morto	
10	» 74	»	morta	vivo	Per endocardite 22 giorni dall'operazione.
11	» 74	»	guarita	»	
12	» 74	»	»	»	
13	» 74	»	»	»	
14	» 69	»	»	»	

Numero progressivo	Vizio del bacino	Presentazione	ESITO madre	ESITO feto	OSSERVAZIONI
15	mm. 69	vertice	guarita	morto	Operata la 2ª volta.
16	» 67	spalla	»	»	
17	» 67	vertice	»	vivo	
18	» 67	»	morta	»	Per peritonite.
19	» 67	»	guarita	»	
20	» 67	»	»	»	
21	» 67	»	morta	»	Per endometrite e vaginite difterica.
22	» 67	»	guarita	»	
23	» bisisc. 33	»	morta	»	Parto prematuro e sinfisiotomia - endometrite e vaginite difterica.
24	» 67	»	guarita	»	
25	» 47	»	morta	morto	Per peritonite - sinfisiotomia e cefalotrissia a feto morto.
26	» 54	»	guarita	vivo	Sinfisiotomia e parto prematuro.

Dalla Memoria del Prof. Raffaele Novi. *La sinfisiotomia rifugiata presso la Scuola Napoletana.* Napoli, 1881.

4.

Coniugata diagonale e coniugata vera in 100 pelvi della raccolta di S. Catterina.

Numero progressivo	C. D.	Differenza tra la C. D. ed il D. prom.-soprapubico	Diametro prom.-soprapubico	Differenza tra il Diametro prom.-soprapubico e la C. V.	C. V. o Diam. promonto-pubico minimo	Differenza tra la C. D. e la C. V.	Altezza della sinfisi
1	mm. 153	13	140	3	137	16	50
2	» 140	18	122	2	120	20	43
3	» 138	20	118	2	116	22	47

Numero progressivo	C. D.	Differenza tra la C. D. ed il D. prom.-soprapubico	Diametro prom.-soprapubico	Differenza tra il Diametro prom.-soprapubico e la C. V.	C. V. o Diam. promonto-pubico minimo	Differenza tra la C. D. e la C. V.	Altezza della sinfisi
4	mm. 132	10	122	2	120	12	42
5	» 131	11	120	3	117	14	40
6	» 131	17	114	1	113	18	45
7	» 130	13	117	2	115	15	45
8	» 130	8	122	4	118	12	44
9	» 127	11	116	1	115	12	40
10	» 127	9	118	2	116	11	40
11	» 123	7	116	4	112	11	40
12	» 122	11	111	0	111	11	44
13	» 120	15	105	1	104	16	41
14	» 120	15	105	5	100	20	37
15	» 115	11	104	2	102	13	35
16	» 114	9	105	1	104	10	38
17	» 113	8	105	5	100	13	42
18	» 113	10	103	2	101	12	42
19	» 113	8	105	2	103	10	41
20	» 112	8	104	2	102	10	35
21	» 111	12	99	3	96	15	40
22	» 110	8	102	3	99	11	31
23	» 110	12	98	0	98	12	38
24	» 110	10	100	2	98	12	44
25	» 108	15	93	2	91	17	40
26	» 108	3	105	2	103	5	39
27	» 106	7	99	2	97	9	38
28	» 104	8	96	1	95	9	35
29	» 103	12	91	4	87	16	42
30	» 102	16	86	0	86	16	44
31	» 102	10	92	2	90	12	36
32	» 102	11	91	4	87	15	36
33	» 102	16	86	5	81	21	42
34	» 102	11	91	2	89	13	35
35	» 102	5	97	5	92	10	35
36	» 102	9	93	2	91	11	34
37	» 102	11	91	5	86	16	44

Numero progressivo	C. D.	Differenza tra la C. D. ed il D. prom.-soprapubico	Diametro prom.-soprapubico	Differenza tra il Diametro prom.-soprapubico e la C. V.	C. V. e Diam. promonto-pubico minimo	Differenza tra la C. D. e la C. V.	Altezza della sinfisi
38	mm. 101	3	98	2	96	5	41
39	» 101	14	87	0	87	14	41
40	» 100	10	90	5	85	15	46
41	» 100	9	91	2	89	11	38
42	» 100	10	90	4	86	14	41
43	» 100	18	82	2	80	20	40
44	» 98	12	86	2	84	14	37
45	» 98	7	91	3	88	10	44
46	» 97	11	86	0	86	11	38
47	» 97	12	85	7	78	19	42
48	» 96	10	86	2	84	12	38
49	» 96	19	77	4	73	23	39
50	» 96	10	86	5	81	15	35
51	» 95	16	79	1	78	17	37
52	» 95	10	85	2	83	12	33
53	» 94	19	75	2	73	21	44
54	» 94	12	82	1	81	13	36
55	» 93	14	79	3	76	17	44
56	» 92	8	84	5	79	13	38
57	» 92	23	69	1	68	24	47
58	» 92	12	80	1	79	13	42
59	» 91	12	79	3	76	15	36
60	» 91	21	70	5	65	26	41
61	» 90	11	79	2	77	13	37
62	» 90	13	77	0	77	13	35
63	» 89	14	75	3	72	17	33
64	» 89	15	74	2	72	17	37
65	» 88	12	76	0	76	12	50
66	» 87	13	74	2	72	15	37
67	» 87	11	76	1	75	12	36
68	» 87	12	75	0	75	12	40
69	» 87	17	70	2	68	19	33
70	» 86	12	74	4	70	16	38
71	» 85	10	75	4	71	14	38

Numero progressivo	C. D.		Differenza tra la C. D. ed il D. prom.-soprapubico	Diametro prom.-soprapubico	Differenza tra il Diametro prom.-soprapubico e la C. V.	C. V. e Diam. promonto-pubico minimo	Differenza tra la C. D. e la C. V.	Altezza della sinfisi
72	mm.	85	12	73	2	71	14	37
73	»	85	8	77	1	76	9	39
74	»	84	4	80	2	78	6	34
75	»	84	7	77	1	76	8	39
76	»	84	6	78	4	74	10	38
77	»	83	5	78	2	76	7	37
78	»	83	11	72	4	68	15	39
79	»	82	4	78	12	66	16	41
80	»	82	8	74	11	63	19	36
81	»	80	10	70	3	67	13	35
82	»	80	9	71	5	66	14	34
83	»	78	20	58	2	56	22	45
84	»	78	11	67	2	65	13	36
85	»	78	7	71	3	68	10	32
86	»	78	10	68	3	65	13	35
87	»	78	17	61	4	57	21	34
88	»	76	12	64	3	61	15	32
89	»	75	9	66	2	64	11	34
90	»	75	11	64	2	62	13	40
91	»	73	19	54	2	52	21	33
92	»	72	10	62	1	61	11	36
93	»	72	4	68	8	60	12	36
94	»	71	14	57	5	52	19	37
95	»	70	18	52	1	51	19	31
96	»	70	6	64	5	59	11	35
97	»	68	9	59	5	54	14	40
98	»	66	6	60	4	56	10	34
99	»	65	5	60	5	55	10	38
100	»	64	17	47	0	47	17	35

Dall'esame di queste cifre si rileva come:

Deducendo costantemente 10 mm.:

9 volte non si sarebbe commesso alcun errore.

13	volte	si avrebbe	avuto l'errore di	1	mm.	10	volte	deducendo	meno	3	volte più
14	»	»	»	2	»	13	»	»	»	1	»
13	»	»	»	3	»	12	»	»	»	1	»
9	»	»	»	4	»	8	»	»	»	1	»
11	»	»	»	5	»	9	»	»	»	2	—
7	»	»	»	6	»	7	»	»	»	—	—
6	»	»	»	7	»	6	»	»	»	—	—
1	»	»	»	8	»	1	»	»	»	—	—
5	»	»	»	9	»	5	»	»	»	—	—
3	»	»	»	10	»	3	»	»	»	—	—
4	»	»	»	11	»	4	»	»	»	—	—
2	»	»	»	12	»	2	»	»	»	—	—
1	»	»	»	13	»	1	»	»	»	—	—
1	»	»	»	14	»	1	»	»	»	—	—
1	»	»	»	16	»	1	»	»	»	—	—

L'errore medio sarebbe stato di mm. 4,49.

Deducendo costantemente 12 mm.:

13 volte non si sarebbe commesso alcun errore.

22	volte	si avrebbe	avuto l'errore di	1	mm.	13	volte	deducendo	meno	9	volte più
17	»	»	»	2	»	10	»	»	»	7	»
12	»	»	»	3	»	9	»	»	»	3	»
8	»	»	»	4	»	7	»	»	»	1	»
7	»	»	»	5	»	6	»	»	»	1	»
2	»	»	»	6	»	1	»	»	»	1	»
7	»	»	»	7	»	5	»	»	»	2	»
3	»	»	»	8	»	3	»	»	«	—	—
4	»	»	»	9	»	4	»	»	»	—	—
2	»	»	»	10	»	2	»	»	»	—	—
1	»	»	»	11	»	1	»	»	»	—	—
1	»	»	»	12	»	1	»	»	»	—	—
1	»	»	»	14	»	1	»	»	»	—	—

L'errore medio sarebbe stato di mm. 3,87.

Deducendo costantemente 15 mm.

11 volte non si sarebbe commesso alcun errore.

14	volte	si avrebbe	avuto l'errore di	1	mm.	8	volte	deducendo	meno	6	volte più
16	»	»	»	2	»	6	»	»	»	10	»
15	»	»	»	3	»	1	»	»	»	14	»
14	»	»	»	4	»	5	»	»	»	10	»

12	volte	si avrebbe	avuto	l'errore di	5	mm.	3	volte	deducendo	meno	9 volte più
7	»	»	»		6	»	4	»	»	»	3 »
3	»	»	»		7	»	2	»	»	»	1 »
2	»	»	»		8	»	1	»	»	»	1 »
2	»	»	»		9	»	1	»	»	»	1 »
2	»	»	»		10	»		—	—	»	2 »
1	»	»	»		11	»	1	»	»	»	—

L'errore medio sarebbe stato di mm. 3,39.

Deducendo costantemente 20 mm.

3 volte non si sarebbe commesso alcun errore.

8	volte	si avrebbe	avuto	l'errore di	1	mm.	3	volte	deducendo	meno	5 volte più
3	»	»	»		2	»	3	»	»	»	—
7	»	»	»		3	»	1	»	»	»	6 »
8	»	»	»		4	»	2	»	»	»	6 »
9	»	»	»		5	»		—	—	—	9 »
9	»	»	»		6	»	1	»	»	»	8 »
12	»	»	»		7	»		—	—	—	12 »
13	»	»	»		8	»		—	—	—	13 »
11	»	»	»		9	»		—	—	—	11 »
9	»	»	»		10	»		—	—	—	9 »
3	»	»	»		11	»		—	—	—	3 »
1	»	»	»		12	»		—	—	—	1 »
1	»	»	»		13	»		—	—	—	1 »
1	»	»	»		14	»		—	—	—	1 »
2	»	»	»		15	»		—	—	—	2 »

L'errore medio sarebbe di mm. 6,45.

5.

Risultati in S. Catterina dal 1873 al 1° novembre 1882 a termine di gravidanza nelle pelvi misuranti da 68 a 80 mm.

1	C. V.	80 mm.	Trazioni a due sul forcipe infruttuose - craniotomia	feto morto	madre	salva
2	»	80 »	Forcipe ed aiuto-forcipe	» »	»	»
3	»	80 »	» »	» vivo	»	»

4	C. V.	70 mm.	Embriotomia	feto	morto	madre	salva
5	»	70 »	»	»	»	»	»
6	»	80 »	Forcipe infruttuoso - embriotomia	»	»	»	morta
(presa sul cadavere)							
7	»	80 »	Estrazione manuale	»	»	»	salva
8	»	72 »	Versione	»	»	»	»
9	»	80 »	»	»	vivo	»	»
10	»	77 »	»	»	morto	»	»
11	»	74 »	»	»	»	»	»
12	»	78 »	Forcipe nello scavo - feto del peso di grammi 2860	»	vivo	»	»
13	»	76-80 »	Forcipe	»	morto	»	morta
14	»	78-80 »	Forcipe - feto del peso di grm. 2700	»	vivo	»	salva
15	»	80 »	Forcipe	»	» con prof. depres. del parietale	»	»
16	»	78-80 »	»	feto	morto	»	»
17	»	78-80 »	»	»	vivo	»	»
18	»	75-80 »	Embriotomia	»	morto	»	»
19	»	77 »	Forcipe infruttuoso - embriotomia	»	»	»	»
20	»	76-80 »	Forcipe infruttuoso - embriotomia	»	»	»	morta
21	»	68-73 »	Embriotomia	»	»	»	salva
22	»	78-80 »	»	»	»	»	»
23	»	80 »	»	»	»	»	»
24	»	76 »	»	»	»	»	»
25	»	75 »	»	»	»	»	»
26	»	78-80 »	»	»	»	»	morta
27	»	68-70 »	Forcipe infruttuoso - embriotomia	»	»	»	»
28	»	78-80 »	Embriotomia	»	»	»	salva
29	»	78 »	»	»	»	»	»
30	»	72-75 »	»	»	»	»	»
31	»	78-80 »	Forcipe infruttuoso - embriotomia	»	»	»	»
32	»	80 »	Embriotomia	»	»	»	»
33	»	72-75 »	»	»	»	»	»

34	C. V.	80	mm.	Parto spontaneo	feto vivo		madre	salva
35	»	80	»	Forcipe	» morto 2 ore dopo		»	»
36	»	78-80	»	Forcipe infruttuoso - embriotomia	feto morto		»	»
37	»	78-80	»	Forcipe ed aiuto-forcipe	»	»	»	»
38	»	80	»	Forcipe	»	vivo	»	»
39	»	75	»	Forcipe infruttuoso - embriotomia	»	morto	»	»
40	»	78	»	Forcipe ed aiuto-forcipe	»	»	»	»
41	»	78-80	»	Versione	»	»	»	»
42	»	74-76	»	Forcipe	» del peso di 2420 grm. con prof. depressione	»	»	»
43	»	78-80	»	Parto spontaneo	feto vivo		»	»
44	»	78	»	Forcipe insufficiente a più riprese - embriotomia	»	morto	»	»
45	»	80	»	Forcipe infruttuoso - embriotomia	»	»	»	»
46	»	80	»	Forcipe infruttuoso - embriotomia	»	»	»	»
47	»	78-80	»	Forcipe	»	»	»	»
48	»	80?	»	Tent. di rivolgimento embriotomia	»	»	»	»
49	»	78-80	»	Rivolgimento	»	vivo	»	»
50	»	78	»	L'estrazione non riesce - embriotomia a testa post. al tronco	»	morto	»	morta
51	»	80	»	Rivolgimento	»	»	»	salva
52	»	78	»	Estrazione non riescita dopo la versione	»	»	»	morta
53	»	80	»	Embriotomia	»	»	»	salva
54	»	78	»	Forcipe infruttuoso - embriotomia	»	»	»	»
55	»	78-80	»	» »	»	»	»	»
56	»	76-78	»	» »	»	»	»	»

Certamente l'embriotomia in parecchi casi non fece il sacrificio del feto poichè questo era già morto ma l'ingente numero de' casi in cui forcipe e rivolgimento furono infruttuosi od almeno non raggiunsero lo scopo di avere un bambino vivo, ci illumina abbastanza riguardo ai risultati che si sarebbero avuti se, data la vita del feto, anzichè ricorrere tosto alla embriotomia si fosse dato di piglio al forcipe od al rivolgimento. I risultati così come ci sono dati dal quadro unito sono:

Mortalità per le madri	14,28 %
Mortalità per i feti .	81,78 %
Mortalità complessiva	48,03 %

CASUISTICA DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA

del Prof. A. CUZZI

(*Cont. e fine*, Vedi N. 12, Anno IV, 1882, pag. 755).

VI.

Di una operazione di Porro.

L'amputazione cesarea utero-ovarica, o operazione di Porro, ha fatto in breve tempo molta strada, di modo che oggidì sono allo incirca 100 i casi nei quali venne attuata. L'Harris di Filadelfia, che ha seguito con grande attenzione quest'atto operativo, scriveva essere al 22 settembre u. s., 95 i casi da lui conosciuti, con 43 successi felici (1). Qualcun altro se ne è aggiunto di poi, ad esempio quello del Dott. Tansini di Lodi, operato il 23 settembre, che ebbe un esito favorevole. Siccome la prima centuria delle operazioni del Porro sta per completarsi, in vista della possibilità che qualcuno voglia fare un lavoro d'insieme sull'argomento, come ne ha già fatto promessa lo stesso Harris, credo conveniente far conoscere il mio caso, che fu susseguito dalla morte dell'operata, perchè si possa al giusto valutare, per quanto da me dipende, la mortalità vera dell'operazione.

Ecco la narrazione del fatto clinico: non farò che pochi commenti.

Addì 7 marzo 1880, sotto il N. 30 di registro, veniva accolta nell'Istituto Ostetrico di Modena certa Guidotti Matilde, d'anni 35, di debole costituzione, di abito esterno rachitico, e nel 9° mese

---

(1) *L'Indipendente*, Gazz. Med. di Torino, 15 ottobre 1882.

di gravidanza. Nulla degno di rilievo nell'anamnesi remota all'infuori di sofferto rachitismo, che le permise solo quando era già grandicella la deambulazione. Fu sempre piuttosto gracile e di salute precaria; la prima mestruazione comparve a 14 anni senza dolori notevoli, della durata di tre giorni, e si ripetè in modo sempre regolare per durata e periodo. Maritatasi a 33 anni rimase quasi subito incinta: la gravidanza, in seguito a sforzi corporali eccessivi terminavasi con un aborto di tre mesi, che si esplicava senza fenomeni notevoli. Un anno dopo rimaneva incinta della gravidanza attuale, durante la quale godette sempre buona salute: ultima mestruazione al 26 giugno 1879, primi moti attivi al principio di novembre, inizio del sopraparto il mattino del 19 marzo, atto operativo ad un'ora pomeridiana dello stesso giorno a collo uterino scomparso e dilatato di 1|2 cent. circa. L'esame medico-ostetrico praticato pochi giorni prima dell'atto operativo (15 marzo) assieme alla scolaresca diede i seguenti risultati:

Centri nervosi: nessun fenomeno degno di rilievo, ha tendenza al lamento, ed accusa vivamente sofferenze anco leggere. T. 37.

Apparato circolatorio. — Impulso cardiaco normale, punta nel quinto spazio intercostale sinistro di poco indentro dalla linea mamillare, toni valvolari distinti, nessun rumore anormale. Numero delle pulsazioni al minuto 72.

Apparato respiratorio. — Fonesi normale, rumore respiratorio vescicolare distinto, qualche rantolo secco, qualche colpo di tosse asciutta. N.o delle respirazioni al minuto 24.

Apparato digerente. — Lingua detersa, leggera gengivite, appetenza, digestioni discrete, tendenza alla stitichezza.

Apparato uro-poietico. — Emissione dell'urina spontanea e frequente, quantità delle urine nelle 24 ore 900 c. c., densità 1028, reazione alcalina, grande quantità di muco, che si deposita sul fondo del vaso, albumina in modica quantità, qualche cilindro ialino, globuli di pus qua e là nel preparato microscopico, non edema ai malleoli, o palpebrale.

Apparato scheletrico. — Statura m. 1,15, qualche deformità rachitica alla testa e torace, curva lordo-scoliotica destra nella regione dorsale della colonna vertebrale, e cifo-scoliotica sinistra di compenso nella regione lombare, deformità rachitiche alle tibia; l'arto inferiore destro è di 3 cent. più corto del sinistro. La inclinazione del bacino è diminuita, cinconf. pelvica 820 mm., Sp. 220, Cr. 250, Obl. destro 185, Obl. sinistro 210, C. E. 210, il diametro

pelvico più raccorciato è il bisischiatico, che misura solo 55 mm., l'osso iliaco destro è atrofizzato, il bacino assimetrico, le ossa del pube formano una specie di becco sporgente come nell'osteomalacia, ravvicinate notevolmente le branche ischiopubiche, le tuberosità e le spine ischiatiche; il promontorio si raggiunge con una certa difficoltà. È insomma una pelvi scolio-cifotica, e trasandando la scoliosi si potrebbe mettere nella categoria dei bacini che vanno vieppiù raccorciandosi nelle loro dimensioni dall' alto al basso.

Apparato genitale. — Utero ovale allungato trasversale, col fondo all'apofisi ensiforme, circonferenza addominale massima 990 mill., dal pube al bellico 100, al fondo dell' utero 250, all' apofisi ensiforme 270 (donna coricata), collo interamente rammollato, un po' raccorciato e che ammette l'apice del dito esploratore, il quale sente il vertice palleggiabile con tendenza a deviare nella fossa iliaca sinistra; pudendo sano, battito cardiaco fetale a 132 al minuto, a ritmo regolare nel quad. inferiore sinistro.

Diagnosi. — Gravidanza semplice, uterina, di feto vivo, giunta negli ultimi giorni di gravidanza, in donna affetta da leggera nefrite parenchimatosa, con cistite catarrale di indole probabilmente meccanica, avente un bacino imbutiforme, con un diametro minimum (bis-ischiatico) di 55 mill.

Quid agendum? — Al parto prematuro per girare le difficoltà della pelvica stenosi ottenendo un feto vivo, non era del caso di pensare, perchè la viziatura era di tale grado da richiedere o aborto se in tempo, o embriotomia, o taglio cesareo. Ricorrere al parto prematuro provocato col pensiero di dovere poi agire su testa meno ossificata e meno resistente cogli strumenti embriotomici, parimenti non era del caso di farne discussione stante il breve tempo che ci separava dall'epoca del parto: il vantaggio della maggior cedevolezza della testa fetale non compensava sicuramente i danni inerenti alla provocazione del parto. Dopo ciò non restava che attendere l'inizio del soprapparto, ed in tale momento ricorrere all'embriotomia su feto vivo o al taglio cesareo. L'embriotomia, stante la forma del bacino e la sua poca altezza, che rendeva più facilmente accessibile agli strumenti la testa del feto, non sarebbe stata difficile; ma anche se tecnicamente non difficile non era però scevra di pericoli in vista della notevole riduzione diametrica della pelvi. D'altra parte la donna era in corso di una nefrite parenchimatosa, malattia non senza

gravità, che al cessare della gravidanza avrebbe potuto limitarsi ed arrestarsi nel suo decorso, ma che poteva altresì continuare e compromettere la vita per sè. Era ragionevole sacrificare un feto ben sviluppato, che tale appariva anche alla palpazione, sano e robusto, in favore d'un organismo materno affetto da una lesione capace di compromettere l'esistenza? Si era in quei tempi in pieno decorso di quel brillante periodo, che ebbe l'operazione del Porro nella Scuola Ostetrica di Milano, ed io nutrivo grande fiducia e nel tecnicismo dell' atto operativo che non era più alle sue prime prove e nell'antisepsi; avevo di già visto ed aiutato ad eseguire buon numero di tali operazioni in modo da sentirmi capace di ben condurla; avevo infine desiderio di praticarla io stesso. Tutte queste ragioni tentavano vivamente l'animo mio, ma non vi avrei fatto ricorso se il consenso della donna, che desiderava di avere un bambino vivo, e la mancanza assoluta di qualsiasi altro mezzo per conservare la vita fetale non me lo avesse quasi necessariamente imposto. Col Prof. Bezzi, direttore della Clinica operativa, al quale feci vedere la donna, si fu di pieno accordo nella risoluzione di dare la preferenza alla operazione del Porro.

Addottata tale condotta diedi opera a preparare il tutto per la buona riuscita dell'atto operativo. Attuai una minuziosa preparazione e disinfezione del locale, degli strumenti e dell'operanda: credo inutile ricordare le cautele addottate. Siccome in quei tempi infieriva in Clinica un'epidemia puerperale grave, operai la donna in una camera al pian terreno, e non nella camera del parto situata al primo piano. L'atto operativo durò in tutto 45 minuti; nessun accidente venne a turbarne il regolare andamento, se si eccettua un po' di vomito durante la cloroformizzazione, avendo la donna mangiato al mattino qualche po' di carne, malgrado il divieto fattole. Dopo l'incisione delle pareti addominali, che diede esito a circa 350 grm. di liquido ascitico, aprii l' utero in sede, estrassi il feto (che è tutt'ora vivente), e quindi estrassi l'utero, lo ricinsi verso la parte mediana della sua altezza con un'ansa metallica montata su serranodi del Cintrat, avendo cura che l'angolo inferiore della ferita uterina fosse al disopra del filo di ferro; esportai tutto quanto trovavasi ad un centimetro e mezzo al disopra, e previa attorcigliatura del filo, essendo la emostasi perfetta, tolsi il costrittore. Feci del mio meglio la toelette peritoneale, trafissi in direzione trasversale con un grosso ago il pe-

duncolo al disopra dell'ansa costrittrice, praticai la sutura addominale con punti profondi o peritoneali, e punti superficiali o cutanei, e terminai raccogliendo con piccoli punti di catgut il vicino peritoneo parietale tutto intorno al peduncolo stesso. Chiusa la breccia medicai alla Lister, dopo di aver ricoperto la superficie del moncone con cotone al percloruro di ferro. Non venne attuato alcun drenaggio.

Questo in generale l'andamento dell'atto operativo. Per rendere meno prolungato il contatto del peritoneo coll'aria esterna, ed evitare in tal modo una causa di collasso, io pensai di modificare, e modificai difatti, la sutura nel seguente modo. Subito dopo l'incisione della parete addominale, prima di procedere al taglio delle pareti uterine, mentre le labbra della ferita laparotomica restavano addossate alla superficie anteriore del viscere gestante collocai addirittura in sito i fili di seta, che servire dovevano alla sutura. Procedetti nel seguente modo: ciascun filo fu munito alle sue due estremità di un ago semplice da sutura, e ciascun ago venne fatto passare attraverso la parete addominale, a conveniente distanza, dalla parte profonda alla parte superficiale. La parte mediana di ciascun filo, che in tal modo si trovava tesa trasversalmente davanti alla superficie uterina, fu sollevata in ansa e portata al disopra dell'angolo superiore della ferita, mentre le estremità vennero fissate intorno a tacche scolpite su due cartoncini, e numerizzate per evitare confusione allorquando si sarebbe dovuto procedere all'annodamento onde terminare la sutura.

Una delle cause che rendono grave la prognosi nella operazione del Porro sicuramente è da ricercarsi nel peduncolo, che viene fissato all'angolo inferiore della ferita. Per la sua brevità esso può dar luogo a stiramenti del peritoneo pelvico, e per la sua mortificazione a fenomeni settici. Ad evitare lo stiramento del peritoneo pelvico per parte del peduncolo, fatto questo che si verifica più facilmente nelle primipare e nelle rachitiche, che non nelle pluripare e nelle osteomalaciche (la ragione è ovvia), io praticai l'incisione dell'utero verso il fondo, e ne cinsi il corpo coll'ansa metallica piuttosto in alto. Il peduncolo resta così più lungo e stira meno: si ha però l'inconveniente di lasciare in sede una bella porzione di utero, la quale dovendo subire un processo di involuzione può essere causa di accidenti morbosi. Nulla si può fare contro i pericoli dovuti allo sfacelo della parte

strozzata del peduncolo allo infuori di un'attenta tosatura e una frequente medicazione. A togliere i due pericoli sovraccennati convenientissimo, in via teorica, appare l'affondamento del peduncolo, che permette di chiudere completamente la ferita addominale: ci distoglie da ciò il pensiero dell'emorragia e della mortificazione della parte posta sopra l'allacciatura. La cosa però è già stata fatta, ma una più ampia esperienza in proposito è ancora da acquistarsi. Davanti ad un nuovo caso di operazione di Porro io credo che seguirei il metodo dell'affondamento del peduncolo. A tale scopo trafiggerei con un ago montato con un doppio filo la regione del collo dall'avanti allo indietro, ed allaccierei separatamente i due fili: in tal modo il peduncolo resta segmentato in due. Poscia esporterei il corpo dell'utero mediante un taglio cuneiforme risultante da una doppia incisione diretta dallo esterno verso l'interno e dall'alto al basso; doppia incisione che a guisa delle branche di un V si congiungerebbe verso la linea mediana. Esportato l'utero allaccierei separatamente i grossi vasi che trovansi nel moncone, e farei la sutura dei bordi dell'incisione cuneiforme. L'allacciatura in massa del peduncolo segmentato in due, l'allacciatura separata dei singoli vasi, la sutura dei bordi dell'incisione risultante dall'esportazione del corpo del viscere cospirerebbero tutte assieme per rendere impossibile o almeno pochissimo probabile una emorragia; il conntatto del peritoneo peduncolare situato sopra e sotto l'infossamento prodotto dall'allacciatura in massa eviterebbe il pericolo della mortificazione della porzione di peduncolo situata al disopra della allacciatura stessa.

Le conseguenze dell'atto operativo promettevano un esito favorevole nei primi due giorni: difatti il maximum di temperatura che si ebbe ad osservare fu di 37,8, polso a 96, condizioni generali discrete. In terza giornata la temperatura sale a 38,8, il polso si fa frequente (116), il ventre un po' teso e dolente; in quarta giornata le cose precipitano: il ventre è meteorizzato e dolentistissimo, la temperatura a 39,4, il polso già frequente si fa frequentissimo e verso sera la donna soccombe.

Dò qui la relazione dell'autopsia che venne fatta dal Dott. Foà, Prof. di anatomia patologica, 20 ore dopo il decesso. « Non lamine osteofitiche nell'interno del cranio, meningi e cervello normali, polmoni congesti ipostaticamente, nessun punto pneumonico. Cuore normale, valvole sane, non ipertrofico il ventricolo sinistro. La

sutura è ancora in posto, il moncone leggermente odoroso, mummificato, nerastro; raccolta siero-fibrinosa nel cavo peritoneale, qua e là, al disotto della linea ombellicale qualche fiocco di fibrina; un lembo inferiore del grande omento ed un piccolo tratto di ansa intestinale vivamente iniettato; iniezione viva del moncone vicino al punto strozzato, e rammollimento putrido del tessuto del cono cervico-uterino parimenti vicino al cingolo strozzante; ripiegatura vescico-uterina formante saccoccia, ripiena di liquido, per il rialzo del peritoneo sui lati; aderenza avviata della ferita addominale fino in vicinanza del moncone; meteorismo notevole; il fegato in degenerazione torbida; legger tumore splenico; rene sinistro con bacinetto e calici dilatati e ripieni di liquido torbido purulento (pielo-nefrite); rene destro colpito da nefrite parenchimatosa; nel collo dell' utero qualche mucosità (mucosità del travaglio). »

Come facilmente appare dall' autopsia la donna soccombeva ad una peritonite settica a rapidissimo decorso. Tale infezione s' iniziava uno a due giorni dopo l' atto operativo: evidentemente la epidemia regnante allora in clinica ne fu la causa. Invece di una leggera nefrite parenchimatosa, esisteva nefrite parenchimatosa da un lato, e pielo-nefrite dall' altro. Questo reperto giustifica vieppiù la scelta dell' atto operativo: a organismo materno compromesso, è evidente che il sacrificio del feto non deve farsi. È la stessa regola che domina la situazione negli uteri cancerosi, quando la liberazione per le vie naturali non sia possibile senza gravi pericoli per la vita del feto. La nefrite parenchimatosa destra, e la pielo-nefrite sinistra esercitarono qualche influenza sullo sviluppo della peritonite che tolse di vita l'operata? Io credo che si. Si sa come più frequentemente insorgano le flogosi peritoneali nelle donne albuminuriche. È un fatto già da tempo riconosciuto dalla clinica esperienza. La spiegazione fisio-patologica però ne è difficile. Secondo le idee del Connheim una parte essenziale nel processo infiammatorio sta nell' alterazione delle pareti vasali della zona colpita da flogosi. Nelle albuminuriche le pareti vasali sono meno nutrite, e quindi meno resistenti: in tali condizioni di cose l' insorgenza di una infiammazione trova di già il terreno in parte preparato.

Per completare questa mia osservazione clinica sarebbe opportuno il dare qui una descrizione del bacino della povera operata. Esso è molto interessante e merita uno studio attento. Ed è ciò

che farà l'attuale Medico Assistente della Clinica Ostetrica di Modena, Dott. Alberti, che fu pure mio assistente, nel rendiconto del primo triennio dell'Istituto Ostetrico modenese, attorno al quale sta lavorando, e che meglio della casuistica da me iniziata per servire appunto a tale scopo, darà un'idea più giusta dei vantaggi scientifico clinici risultanti dalla fusione della Clinica Ostetrica colla Maternità e Brefotrofio, che colla cooperazione delle Autorità Universitarie io giunsi ad ottenere dalla benemerita direzione della Congregazione di Carità.

SULLA
TERAPIA DELLA SEPSI PUERPERALE

SECONDO LE ESPERIENZE FATTE

nel triennio dal 1 luglio 1879 al 1 luglio 1882

nella 2ª Clinica Ostetrica

del signor Prof. **Breisky** a Praga

PER CURA

DEL DOTT. GUGLIELMO FISCHEL

Assistente alla 2ª Clinica Ostetrica

Traduzione del Dott. **ALBERTO BLOCH**

Assistente alla Clinica Ostetrico-Ginecologica del R. Istituto Superiore di Firenze

---

Sebbene la lungamente combattuta teoria dell'ingegnoso Semmelweiss (1), sull'origine della febbre puerperale da un contagio introdotto nei genitali, sia diventata di comune possesso dell'attuale generazione dei medici, e sebbene la febbre puerperale sia stata giustamente paragonata alla febbre d'infezione settica delle ferite e quindi tutte le ferite che s'incontrano nel canale genitale delle puerpere vengono considerate come punti d'origine della malattia, tuttavia noi vediamo tanto predominare la vecchia opinione dei sostenitori del miasma, essere cioè nell'utero la quasi esclusiva o prevalente localizzazione della febbre puerperale (2) (3),

---

(1) *Die Actiologie, der Begriff und die Prophilaxis des Kindebettfiebers.* Pest 1861.

(2) *Kiwisch, Klinische Vorträge über specielle Pathologie und Therapie der Krankheiten des weiblichen Geschlechtes*, pag. 500, Prag 1845.

(3) *Veit in Virchow's Handbuch der speciellen Pathologie*, VI, 2, pag. 397.

che nella sintomatologia clinica tutte le forme più gravi si credono dipendere dall' utero, ed anche nella terapia si prende in considerazione preferibilmente quest'organo.

Così noi vediamo che lo Schröder, che già nella 1ª edizione del suo manuale d'ostetricia aveva fatto un' esposizione, tuttora valevole, sull'essenza ed etiologia della febbre puerperale, anche nella più recente edizione di questo libro (1), nel capitolo sul concetto ed origine della febbre puerperale (2) concede bensì la massima importanza all'estesa superficie ferita dell' endometrio; tuttavia prende in considerazione anche le altre più accidentali, ferite del canale genitale. — Nel capitolo sulla sintomatologia e decorso della febbre puerperale (3), egli dà un valore ben piccolo alle ulcere, nelle quali si trasformano le ferite accidentali, e nega recisamente che da esse dipenda la febbre che quasi costantemente accompagna il loro insorgere, alludendo alla frequenza di temperature molto basse in casi di estese ulcere ricoperte da grosse stratificazioni. — Non espone dati sul tipo e grado della febbre, e delle conseguenze che un impiagamento simile può portare dietro a sè, non ne vengono rammentate altre che le seguenti: cagiona bruciore nell' orinare e nella defecazione, spesso guarisce lentamente, produce disturbi, specialmente forti dolori nel camminare, dà emorragie e spesso anche l' indurimento delle labbra perdura molto.

Nel capitolo sulla prognosi (4) non si tiene affatto parola di queste ulcere; nel capitolo sulla terapia (5) queste vengono sorvolate; si raccomandano le cauterizzazioni colla soluzione fenicata al 5-10 per cento, mentre si dà importanza principale, nell'esposizione della terapia locale, alle iniezioni intrauterine ed al drenaggio.

Uguale affatto è la bellissima descrizione di Spiegelberg-Wiener (6). Anche qui nel capitolo sulla patologia ed etiologia vengono considerate tutte le ferite dei genitali come possibili punti d'origine dell' infezione. — Parlando dei fenomeni e decorso della

---

(1) *Lehrbuch der Geburtshülfe*, 6 Aufl. 1880.
(2) l. c., pag. 728.
(3) l. c., pag. 752.
(4) l. c., pag. 769.
(5) l. c., pag. 775.
(6) *Lehrbuch der Geburtshülfe*. Lahr 1882.

febbre puerperale viene soltanto detto quanto agli impiagamenti puerperali, che sono caratterizzati dalle stratificazioni e superficiali ulcerazioni dei punti feriti, che sono accompagnati da edema, secrezione purulenta, dolori nell'urinare e nella defecazione e da mediocre febbre. — Quanto al loro decorso viene osservato, che si spogliano ordinariamente entro 8 giorni e che la cicatrizzazione procede spesso lentamente (1). Relativamente alla terapia non viene detto nulla di particolare e solo in generale è consigliata la disinfezione della vagina con irrigazioni di acqua fenicata al 2-4 per cento.

Molto più estesamente queste ulceri puerperali sono trattate da Winckel (2),

Così egli cita due casi con formazione di ascessi nelle grandi labbra; però in uno di questi sembra che l'ulcera sia stata complicata accidentalmente con un ascesso della glandula di Bartolini. — Oltre i sintomi locali, esposti pure da Schröder e Spiegelberg, Winckel fa anche parola della febbre, che comincia raramente con brividi, che è di tipo remittente e della durata di 3-4 giorni. — La prognosi di queste ulcere puerperali, secondo Winckel, è in generale favorevole; ma esprime recisamente che con loro si possono aver malattie del sangue e del tessuto cellulare pelvico e che, in epoche nelle quali si trovano malattie settiche negli stabilimenti, le ulcere puerperali sono più sfavorevoli, inquantochè la possibilità dell'infezione è maggiore. Per il trattamento curativo egli raccomanda injezioni di soluzioni fenicate al 2 %, quindi introduzione in vagina di tamponi imbevuti di forti soluzioni fenicate.

In casi dove l'ulcera presenta una stratificazione molto aderente, Winckel consiglia come mezzo radicale la cauterizzazione con percloruro di ferro concentrato una volta nelle 24 ore per 3 o 4 giorni. In un altro luogo del suo libro (3), Winckel descrive l'endocolpite ed endometrite difterica dalla quale fa derivare la parametrite e peritonite. Ma non dice nulla che si possa avere la endocolpite senza una contemporanea endometrite. In questo punto non dà neppure le indicazioni dettagliate sulla cura locale.

---

(1) l. c., pag. 671.

(2) *Die Pathologie und Therapie des Wochenbettes*, 3 Aufl. pag. 175. Berlin 1878.

(3) l. c., pag. 229.

Carlo Braun (1) dichiara francamente che le ulcere puerperali della vagina, descritte da Helm, Kiwisch, Litzmann ed altri e paragonate da loro colla gangrena nosocomiale, sono considerate da lui come solite concomitanze dell'endometrite puerperale più o meno intensa.

Da questo sguardo sulle opinioni dei nostri più accreditati autori di ostetricia, risulta, che quando considerano teoreticamente la genesi della febbre puerperale, ammettono, come possibili punti d'origine dell'infezione tutte le accidentali ferite più o meno grandi dei genitali, ma invece attribuiscono ad esse una parte subordinata, in confronto delle ferite puerperali inevitabili, quando dalla teoria passano alla pratica, alla terapia.

Così noi non possiamo maravigliarci se nei tempi più recenti l'utero sia diventato quasi l'esclusivo punto di mira della terapia locale antisettica della febbre puerperale.

Non so se le irrigazioni od iniezioni uterine siano state già adoperate nei tempi antichi da medici previdenti per nettare l'utero puerperale malato. Mi pare però degno di nota che questa terapia sia stata già applicata e vivamente raccomandata dai più risoluti partigiani dell'opinione sulla primaria discrasia del sangue della febbre puerperale, come per es. da Kiwisch (2) e da Scanzoni (3).

Pare che questa terapia non abbia avuta un'applicazione estesa innanzi che, basandosi sulla teoria del Semmelveiss, fossero messi in uso i liquidi disinfettanti (4).

Così furono intraprese le iniezioni intrauterine colla soluzione di cloruro di calce prima da Hugenberger (5) (1862) e poi da Grünewaldt (6) (1863) a Pietroburgo, ed i risultati furono soddisfacenti tanto che se ne fece uso costante. Così nel 1877 Radecki (7) co-

---

(1) *Lehrbuch der gesammten Ggnäkologie*, pag. 866. Wien 1881.

(2) l. c., pag. 643.

(3) *Lehrbuch der Geburtshülfe*, pag. 949. Wien 1853.

(4) Le iniezioni con sublimato, raccomandate da Retzius, sono, in causa del grado molto elevato della concentrazione, da considerarsi non come disinfettanti ma come caustici. V. Chiari, *Braun u. Spoeth, Klinik der Geburtskunde*, 1855, pag. 548.

(5) *Das Puerperalfieber in St. Petersburger Hebammenistitute.*

(6) *Ueber puerperale Septichämie. Petersburger med. Zeitschrift*, 1869, N. XV, Heft 3, pag. 152.

(7) *Ueber intrauterine Injectionen im Wochenbette. Petersburger med. Zeitschrift*, 1874, N. IV, Heft. 5.

munica d'avere fatto sopra 68 puerpere malate 200 iniezioni intrauterine ed in aggiunta a ciò Grünewaldt racconta d'averle fatte in più di 1000 puerpere.

In Germania Winckel (1) per il primo nelle malattie dell'endometrio ha fatto iniezioni intrauterine con permanganato di potassa e poi di diverse soluzioni saline metalliche, servendosi per questo scopo di una siringa di Braun ingrandita.

Anche Langenbuch (2) racconta d'avere già al principio del 70 fatte con esiti buoni le irrigazioni intrauterine di acqua fenicata al 3 %. Nell'anno 1874 Beinlich (3) ha adoperato soluzioni d'acetato di piombo e poi di acido fenico per lavande intrauterine. Da quest'epoca in poi, seguendo l'esempio di Lister, l'acido fenico è stato preferito a tutti gli altri mezzi disinfettanti (4); e specialmente dopo la memoria di H. Fritsch (5), nella quale con entusiasmo invitava di essere imitato, l'acido fenico è diventato di uso quasi esclusivo, quantunque alcuni comunicassero risultati altrettanto felici da iniezioni intrauterine di acido salicilico (6).

Le iniezioni intrauterine sono diventate così d'uso in Germania, che alcuni osservatori poterono ben presto comunicare delle centinaia e migliaia di casi. Molto rapidamente seguirono le pubblicazioni di Schülein (7), Richter (8) e J. Veit (9). Erano pieni di lodi sulle irrigazioni intrauterine, malgrado che non fossero mancati casi sfavorevoli ed i risultati ottenuti non fossero che mediocri. Non potevano affatto esprimere un giudizio obbiettivo se la leggera diminuzione della mortalità fosse veramente da at-

---

(1) l. c., pag. 188.

(2) *Die Drainage des puerperalen Uterus. Zeitscrift für Geburtshülfe und Gynäeologie*, 1877, II, pag. 83.

(3) *Charite Annalen pro* 1874.

(4) Bishoff, *Zur Prophilaxie des Puerperalfiebers. Corresp.-Blatt für Schweizer Aerzte* 1875, N. 22 u. 23.

(5) *Ueber das Puerperalfieber und dessen locale Behandlung. Volkmann's Sammlung Klenischer Vorträge*, 1876, N. 107.

(6) Münster, *Die intrauterinen Injectionen im Wochenbette. Zeitschrift für Geburtshülfe u. Gynäcologie*, 1877, I, pag. 423.

(7) *Ueber intrauterine Injectionen mit Carbolsäurelösungen in Wochenbette* Ibid. 1877, II, pag. 97.

(8) *Ueber Ausspülungen der Gebärmutterhöhle mit Carbolwasser u. über Salicylbehandlung in Wochenbette.* Eod loco, pag. 126.

(9) *Ueber Drainage des puerperalen Uterus. Berliner Kliniske Wochenschrift* 1879, N. 23.

tribuirsi all'usata terapia. Intanto non ci si è più contentati delle irrigazioni temporarie, ma ben presto stimolati dai casi non raramente spiacevoli e delle volte mortali (1) da una parte — e dal desiderio d'ottenere risultati migliori dall'altra, si passò al drenaggio ed alle irrigazioni permanenti. Schede (2) e Langenbuch (3) hanno adoperato il drenaggio coll'intenzione d'impedire il ristagno dei secreti nell'utero; a quest'uopo adoperavano, come dopo lo faceva più estesamente ancora J. Veit (4), un tubo a drenaggio introdotto nell'utero e fissato per mezzo d'un pezzettino di tubo trasverso, per intraprendere ripetute irrigazioni.

Quasi contemporaneamente Adriano Schücking (5) aveva immaginato e messo in pratica le irrigazioni permanenti di tutto il canale genitale, come metodo profilattico più corrispondente alle esigenze dei principii listeriani per evitare la febbre puerperale; mentre che nella Clinica di Schröeder questo metodo veniva più estesamente impiegato anche nella cura della febbre puerperale (6).

Ha tentato di perfezionare il trattamento intrauterino Kustner (7), il quale per evitare i pericoli che accompagnano l'introduzione nell'utero d'un tubo, fissa quest'ultimo in vagina e spera che il liquido da iniettarsi, messo a livello più alto del fondo uterino, penetri per legge fisica nell'utero a disinfettarlo.

---

(1) Kustner, *Ueber Carbolintintoxicationen nach Ausspülungen des puerperalen Uterus.*

Fritsch, *Ueber das Einfliessen der Desinficientien in die Uteruswenen.*

Herdegen, *Ueble Zufälle bei Ausspülungen der Gebärmutter. Centralblatt für Gynäcologie,* 1878. N. 14, 15, 16.

Reimann, *Ein neur Fall gefährlicher Folgen von Carboleinspritzungen in den Uterus.* Ibid. 1880, N. 5.

Walther Fischer, *Ueble Zufälle bei Ausspülungen der Gebärmutterhöhle.* Diss. inaug. Halle, 1880.

(2) *Ueber drainage des Uterus bei puerperaler Septicämie. Berliner Klinische Wochenschrift,* 1877, N. 23 u. 24.

(3) l. c.

(4) l. c.

(5) *Wie ist eine streng antiseptische Behandlung des weiblichen genitalcanales einzurichten? Berliner Klinische Wochenschrift,* 1877, N. 26.

(6) Thiede, *Ueber locale Antiflogose in Wochenbette. Zeitschrift für Geburtshülfe u. Gynäcologie,* 1880, V, pag. 87.

(7) *Die permanente Scheidenirrigazionen als eine Methode streng antiseptischer Behandlung der Genitalwunden der Frau. Centralblatt für Gynäcologie,* 1880, pag. 16.

Era ben chiaro che in questa fervida gara per fissare e perfezionare le irrigazioni intrauterine come mezzo curativo della febbre puerperale, gradatamente si estendessero le indicazioni alla sua applicazione.

Mentre che Radecki, Winckel e Münster avevano strettamente limitate le indicazioni per le iniezioni intrauterine alle malattie dell'endometrio, di già ben diagnosticabili; gli ulteriori preconizzatori, invece, ben presto le adoperavano nei primi stadii dell'affezione, quando appena si poteva accertare la sua sede intrauterina. In parte premettevano l'esistenza dell'affezione dell'endometrio, in parte adoperavano questo trattamento, come mezzo profilattico, anche quando l'affezione era dubbiosa.

Che queste indicazioni così incerte non portassero utilità, lo dimostrano le comunicazioni di alcune Cliniche, nelle quali lo stato di salute delle puerpere era molto soddisfacente anche avanti la introduzione delle iniezioni intrauterine; invece della desiderata diminuzione della mortalità si ebbe un peggioramento considerevole dopo adottato questo metodo curativo. — Così comunica Runge (1) sopra un'epidemia puerperale nella Clinica di Gusserw cagionata da iniezioni intrauterine, durante le quali la mortalità era salita al 3, 8 %, abolite le injezioni, la mortalità scese a 0,39 per cento.

Breisky (2) comunica, che già nell'anno 1877, avendo adottato le iniezioni intrauterine per il trattamento puerperale, crebbero la morbilità e mortalità e che rapidamente diminuirono coll'abolizione di questo metodo curativo. — La stessa esperienza egli fece nel 1880 e colle introduzioni delle permanenti irrigazioni intrauterine aumentarono notevolmente la morbilità e mortalità, restando però quest'ultima molto ancora inferiore in confronto di altri stabilimenti nei quali ci si contentava degli splendidi esiti della propria terapia (1 %).

Fehling, che già nel 1877 (3) si era espresso contro il modo di

---

(1) *Bemerkungen über eine Puerperalfieberepidemie in der geburtshüflichen Klinik der Charité. Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäcologie*, V, pagina 195.

(2) *Ueber die intrauterine Localbehandlhng des Puerperalfiebers. Zeitschrift für Heilkunde*, I, 1880.

(3) *Ueber den Werth des antiseptischen Verfahrens in der geburtshülflichen Praxis. Medicinisches Correspondenz Blatt des Würtembergischen ärztlichen Vereins*, N. 34.

procedere dello Schücking e che limitò molto anche le indicazioni per le temporarie irrigazioni intrauterine, comunica nel 1880 (1) di non avere applicato questo metodo curativo nel corso d'un anno intero e di non avere avuto fra 415 parti un sol caso di morte. — Molto meno avanzò in questo tempo la terapia dell'ulcera d'infezione settica; perchè da una parte ci si confidava molto nella leggiera importanza di quest'ultima, e dall'altra parte nell'efficacia delle irrigazioni per renderla innocua e guarirla.

Egli Sinclair (2) ha attribuito alla terapia delle ulcere una principale importanza per la profilassi della febbre puerperale ed esprime l'opinione che appunto per l'origine di quest'ultima deve esser preso meno in considerazione l'endometrio, il quale almeno in parte non è privo del rivestimento epiteliale che lo protegge. Il trattamento con tamponi imbevuti d'olio fenicato raccomandato da lui non può più soddisfare. Fehling (3) raccomanda una polvere d'acido salicilico e amido (1 : 5) per aspergere le ferite dei genitali.

Küstner (4) ha adoperato per la cura delle ulcere puerperali le irrigazioni permanenti; non ha però comunicato numerose osservazioni. — Gusserow (5) ha messo in uso l'acido fenico e l'acido nitrico fumante per cauterizzare le ulcere puerperali e recentemente ha raccomandato questo metodo (6). — Kleinwächter (7) raccomanda caldamente il cloralioidrato sciolto in parti uguali d'acqua.

Recentemente in molti luoghi pare che le irrigazioni intrauterine sieno state completamente abbandonate, motivati a queste decisioni dagli esiti non soddisfacenti e senza mettere in discussione la questione certamente importante sul trattamento curativo della febbre puerperale, come a suo tempo lo fece Breisky.

A me pare che non sia cosa infruttuosa di schiarire un poco

---

(1) *Ueber den praktischen Werth des desinfectionsverfahrens in der geburtshülflichen Praxis, speciell der Hebammen.* Eod loco, N. 29.

(2) *Die Antiseptische Behandlung der Puerpera. Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte* 1877, VII, N. 21.

(3) l. c.

(4) l. c.

(5) V. Runge, *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäcologie,* V, pag. 214.

(6) *Deutsche Medicinal-Zeitung*, 1882, 4 mai.

(7) Eulenburg, *Encyclopädie,* X, pag. 193.

la contraddizione che esiste fra la base teorica, a prima vista così eccellente, dell'utilità delle iniezioni intrauterine e gli insuccessi di queste nella pratica. Io spero di poter dimostrare che quantunque siano vere le idee dominanti sul processo dell'infezione settica, tuttavia non sono ancora abbastanza precise e che da questa mancanza di chiarezza sulla genesi della sepsi puerperale, dipende l'abuso del metodo curativo intrauterino e i suoi insuccessi.

Avanti che io m'accinga ad esporre le mie opinioni in proposito, voglio dare una breve esposizione del materiale che ho osservato sotto la costante guida del mio stimato maestro Professore Breisky.

Dal 1° giugno 1879 al 30 giugno 1882 i rapporti fra la morbilità e la mortalità, considerate sotto identici punti di vista (1), per tutto questo tempo si comportavano nella seguente maniera:

Anno	N. delle puerpere licenziate	Numero dei casi di malattie	Numero dei casi di morte per sepsi	Rapporto di mortalità	Rapporto di morbilità
1879	495	63 = 12 7 %	2	0,4	3,1
1880	880	124 = 14 1 »	9	1,0	7,2
1881	933	112 = 12 »	2	0,21	1,7
1882	521	58 = 11 »	0	0	0

Questa diversità di risultati specialmente confrontando la mortalità con le leggiere oscillazioni delle morbilità, non si spiega colla diversa esecuzione delle cautele profilattiche; inquantochè quest'ultime sono state per tutto questo tempo scrupolosamente conservate secondo gli identici principii descritti dal Prof. Breisky nel suo lavoro suaccennato. La ragione di questa diversità di

(1) Per tutto questo tempo si procedeva secondo i medesimi principii; ogni puerpera che, eccettuato il primo giorno, presentava una temperatnra maggiore di 38,2°, veniva considerata malata. La mortalità comprende tutti quei casi di morte avvenuta anche dopo l'uscita dalla Clinica.

risultati sta nei tentativi numerosi che abbiamo fatto nell'anno 1880 colle temporarie e permanenti irrigazioni intrauterine.

Quanto più grandi e più soddisfacenti nell'ultimo decennio sono stati i progressi nel combattere in via profilattica la febbre puerperale, tanto meno riuscivano tutti quei mezzi curativi del metodo antisettico coi quali fino ad ora è stato tentato di curare questa tremenda malattia. La difficoltà capitale che si presenta ad una cura razionale della febbre settica delle ferite dei genitali sta nell'attuale nostra insufficienza diagnostica. Con ciò non intendo soltanto la circostanza, già da molti deplorata, di essere nell'impossibilità ad ispezionare la superficie interna dell'utero, ma di più ancora intendo la mancanza di qualunque punto d'appoggio sicuro, per dare un giudizio certo sulla sede ed estensione e specialmente sull'intensità dell'infezione settica al primo irrompere della malattia.

È ben vero che vi sono dei casi numerosi, i quali principiano con tale veemenza e che in così breve tempo, spesso in poche ore rapiscono la vita più robusta, più florida, che fin dall'esordire della malattia possiamo giudicarli come gravissimi e disperati. Questi casi che fino ad ora hanno deriso qualunque terapia perchè intervenuta troppo tardi, si possono evitare in modo così completo con una profilassi razionale che la giovane generazione dei medici non li conoscerà più per propria osservazione. — Ma appunto in tutti gli altri casi per dare un giudizio sull'efficacia o no della nostra terapia, ci si innalzano difficoltà dipendenti dall'imperfetta nostra diagnosi e prognosi.

Se, nei primi giorni dopo il parto, una puerpera si ammala, sia presentando gravi segni locali e generali d'infezione settica, sia manifestando come unico sintoma della malattia, un leggiero aumento di temperatura accanto ad un apparente benessere, pur nonostante nel primo caso un rapido miglioramento ed anche la guarigione possono distruggere i nostri timori, nell'altro caso invece un peggioramento graduato o brusco che conduce finalmente all'esito letale può far svanire le nostre speranze.

Così due scogli minacciano il terapeuta. L'uno è l'idiosincrasia (1) che attribuisce al metodo curativo felicemente scelto ogni

(1) Nel testo è scritto « *sanguinismus* » ho creduto bene tradurlo colla parola idiosincrasia. *Il Trad.*

esito fausto ed alle proprietà speciali del caso ogni esito infausto; l'altro è un certo fatalismo che ammette ogni decorso favorevole o no della malattia, affatto sottratto all'influenza della terapia, legando in questo modo le mani al medico.

Secondo le mie convinzioni in nessuna questione della terapia come in questa è così giusta e così importante la famosa via di mezzo. La regola della quale ci possiamo servire per rimanere su questa aurea via di mezzo non sta nell' osservazione, fosse pur fatta con grandissimo acume critico, d' un unico caso, ma sta nel paragone di grandi serie d'osservazioni, che in nessun altro luogo, come nelle grandi cliniche ostetriche si possono fare.

Se, rimanendo del resto immutate tutte le altre condizioni, dopo una modificazione nella terapia, si vedono cambiarsi notevolmente i risultati relativamente alla mortalità ed alla gravezza dei casi, sarebbe veramente uno scetticismo ingiusto, se si volesse mettere in dubbio l'influenza della terapia.

In base a ciò io credo, che solo una relazione sopra tutte le malattie settiche che nel corso di un anno s' incontrano, sia in grado d'illustrare gli effetti della terapia. Così io voglio cominciare col dar una descrizione delle condizioni delle Cliniche ostetriche del Prof. Breisky nell'anno 1881.

Avanti però mi sia permesso di sviluppare in modo deduttivo le nostre opinioni acquistate in via induttiva dalle osservazioni degli anni precedenti.

È ben inteso che oggigiorno il trattamento delle affezioni puerperali settiche debba essere preferibilmente locale ed in senso chirurgico Per combattere l'infezione settica debbono essere prese di mira le sue porte d'entrata.

Dove si trovano le più importanti porte d'entrata e con quale meccanismo avviene l'infezione settica? Il meccanismo può essere triplice:

1.° Il virus settico importato nei genitali interni della partoriente o della gravida può dapprima infettare i segreti e riprodursi in questi, quindi può soltanto in via secondaria penetrare nella profondità dei tessuti attraverso la superficie integra o per i punti feriti che costantemente si trovano.

2.° Il virus, portato direttamente sopra una ferita preesistente o prodotta durante il riscontro od una eventuale operazione, può essere innestato ed infettare l'organismo intiero.

3.° Tutti e due i meccanismi d'infezione possono entrare in azione contemporaneamente (1).

Con questa maniera d'intendere il modo d'infezione, sono chiaramente tracciati i punti fondamentali della nostra terapia.

Nel primo caso si deve disinfettare e portar via i secreti patologici, nel secondo si devono disinfettare le ferite e nel terzo riunire tutti e due i metodi.

Quanto semplici e chiari appariscono questi precetti, altrettanto dubbii insorgono subito se veramente possono essere guide sicure al letto della malata.

Quando la malattia è già cominciata, dopo passato il periodo d'incubazione, esistono tuttora probabilità favorevoli per una terapia locale? può la conoscenza del primitivo meccanismo di infezione, siccome molto probabilmente la combinazione dei due meccanismi sarà già avvenuta, avere un'importanza per la medesima terapia?

Se io premetto di non conoscere altre condizioni che quelle presentemente già modificate dalla profilassi antisettica, credo di potere con grande certezza rigettare questi dubbi.

Al primo irrompere della malattia un trattamento locale ha migliori speranze di riuscita, ed in singoli casi può portare effetti favorevoli ancora molto tempo dopo Anche la combinazione dei due meccanismi d'infezione non avviene così presto da doverla supporre in ogni caso come certa, soltanto là dove possiamo dimostrarla coi fatti dobbiamo intraprendere una corrispondente terapia; in tutti gli altri casi questa deve preferibilmente essere adattata al primitivo meccanismo, se non si vuole cagionare danni incalcolabili. Dopo avere esposto a grandi tratti il meccanismo d'infezione, dobbiamo rammentare in poche parole le porte d'entrata al virus settico. Come tali, secondo le mie osservazioni, possono essere considerati non solo tutti i punti feriti ma anche quelli integri della superficie del canale genitale, dal fondo dell'utero alla pelle dei genitali esterni.

S'intende che ancora oggigiorno (in ogni modo però, credo,

---

(1) Che queste distinzioni non siano affatto oziose lo dimostra anche la questione del drenaggio nella laparotomia; se per dare libero esito ai secreti si faccia un'apertura anche larga come due pugni, pur nonostante non si potrà con ciò evitare le conseguenze cattive d'un'infezione che fosse avvenuta per innesto.

meno di prima) si dà importanza principale alla ferita puerperale immancabile, alla superficie interna dell'utero: ed oggigiorno almeno, come porte d'entrata dell'infezione, funzionano, quasi altrettanto spesso, le ferite traumatiche più o meno grandi del collo dell'utero, della vagina e delle parti genitali esterne.

Quando si tratta d'infezione primaria del secreto genitale, abbiamo in rari casi osservato che vengano attaccate superfici integre più o meno grandi della vagina e delle labbra. È chiaro che, se si tratta di primaria infezione per innesto, la malattia si estenda dalla ferita nella profondità dei tessuti. L'estensione in superficie e l'infezione del secreto avvengono generalmente un po' più lentamente. Soltanto in questo modo possiamo spiegare le numerose osservazioni relativamente ai casi dove si è riusciti colla disinfezione d'una simile ferita a troncare completamente la più grave malattia.

A stabilire la sede d'una tal ferita è necessaria una accurata ispezione dei genitali fin dove questa ci è possibile. Il non essere in grado di ricercare se si trovano sulla superficie interna dell'utero impiagamenti per infezione settica, ha oggigiorno molto meno importanza che quando non s'usava l'antisepsi. Da quando s'è riconosciuto che il penetrare in qualunque modo nell'utero è un atto grave e di dovere ricorrere a questo mezzo, fosse anche fatta la più scrupolosa disinfezione, soltanto nei casi urgenti, sono diventate ogni giorno più rare le infezioni dell'endometrio per innesto. È facile intendere con quanta frequenza fossero avvenute queste nei tempi passati, allorquando il riscontro intrauterino ed il distacco artificiale interno della placenta erano fatti giornalieri.

Che questa forma d'infezione fosse allora delle più gravi ed avesse la parte maggiore nel numero della mortalità, risulta dalla circostanza, come dimostreremo meglio più tardi, che i mezzi terapeutici, oggigiorno ancora adoperati da noi per l'interno dell'utero non sono in grado di rendere innocua l'infezione per innesto.

Lo stesso che per l'infezione da innesto è a dirsi dell'infezione dei secreti, che cioè da quando si sono molto limitate le manipolazioni intrauterine l'endometrio è meno di prima considerato come sede primaria dell'affezione. Oggigiorno anche l'infezione dei secreti avrà la sede primaria più spesso in vagina. Quale sia il tempo che impiega il virus settico, al quale si oppongono le forze di gra-

vità e della corrente continua dei secreti, per passare dalla vagina nell'utero, è disgraziatamente fino adesso una questione non ancora risoluta. Si può però ammettere con probabilità che questo tempo oscilli fra limiti molto larghi, cosicchè in alcuni casi l'infezione del secreto intrauterino avviene in poche ore, in altri casi soltanto dopo diversi giorni.

Il ristagno del secreto può servire come regola, esso facilita non solo l'estensione dell'infezione nell'utero, ma favorisce anche l'infezione generale.

Veleni settici in soluzione possono essere direttamente assorbiti dalla mucosa ferita od integra della vagina o dell'utero; sostanze settiche morfe si fermano prima sulle superfici integre e più facilmente sulle ferite e penetrano con diversa velocità nelle profondità dei tessuti. Che l'infezione del secreto, per estendersi dalla vagina nell'utero, abbia bisogno d'un certo tempo viene dimostrato non solo dagli effetti terapeutici favorevoli delle irrigazioni vaginali, ma anche dalla relativa lentezza colla quale la decomposizione putrida dei lochi passa dalla vulva nella vagina. Ho osservato casi nella pratica fra i poveri dove la biancheria del letto e della puerpera era imbrattata di lochi intensamente fetenti ed il secreto attaccato alle parti genitali esterne era pure fetente; dopo avere nettato la puerpera mi sono persuaso in modo certo che la secrezione lochiale della vagina non era ancora affatto putrida.

L'infezione secondaria del contenuto intrauterino avviene molto più facilmente e porta più cattive conseguenze, quando il secreto invece d'essere, come di norma, sciolto e facilmente scorrevole, è denso e contiene tessuti necrotizzati, come per esempio decidua iperplastica, resti del corion e della placenta o grumi di sangue. Quei casi di puerpere guarite prontamente con cura adattata, quantunque capitate tardi sotto la nostra osservazione, quando la febbre esisteva già da molto tempo, mantenuta da residui di uova abortivi nell'utero, ci insegnano, che non sempre i germi infettivi passino con rapidità istantanea negli strati più profondi e che piuttosto in questi casi gli ammassi solidi formino depositi, dai quali ad intervalli si versano nei succhi interstiziali e nei tessuti stormi di organismi settici (o sostanze in soluzione?) ciascuno dei quali è bensì in grado di provocare gravi fenomeni morbosi, ma grazie al chimismo dei tessuti viventi possono essere paralizzati nei loro effetti deleteri.

Dalle opinioni qui sviluppate si possono trarre per la terapia le appresso conseguenze. Prima di tutto dobbiamo cercare che al primo irrompere della malattia sia fatto il trattamento conveniente. Nella maggior parte dei casi l'aumento della temperatura della puerpera si presenta come il primo e più importante segno dell'inizio della malattia puerperale. Facendo astrazione dal primo giorno del puerperio, nel quale la temperatura può salire a 38, 5° C. e 39° ed in casi rari perfino a 40° C. ed abbassarsi dopo spontaneamente, pur continuando poi un puerperio perfettamente fisiologico, tutte le altre volte che l'aumento della temperatura oltrepassi i 38, 2° C. dobbiamo considerarlo come un fatto molto importante e valutabile per la terapia.

Se in questo modo ci accadrà anche spesso di sottoporre alla cura una grande quantità di casi di leggiera infezione, che probabilmente guarirebbero senza alcun trattamento, pur nonostante ci dobbiamo permettere quest'eccesso terapeutico, perchè fra la grande quantità dei casi potrebbe trovarsene qualcuno la cui vita sia stata salvata per essere intervenuti a tempo.

Ma quello che non dobbiamo mai perdere di vista — non temo di esprimere una cosa che s'intende bene da sè — è la ferma, scientificamente fondata, persuasione di non nuocere, almeno, colla nostra terapia Perciò dobbiamo sottoporre ad una rigorosa critica i mezzi terapeutici, attualmente usati, riguardo ai danni ed all'utilità che possono portare.

I metodi curativi, che attualmente applichiamo al primo inizio dell'affezione puerperale settica, consistono naturalmente: 1° nel rendere innocui gli impiagamenti infeziosi; 2° nell'allontanare e disinfettare i secreti diventati settici. Nel primo caso ci serviamo di diversi mezzi disinfettanti, specialmente caustici; nel secondo caso ci serviamo delle temporarie e permanenti irrigazioni vaginali ed intrauterine di diversi liquidi disinfettanti.

Per disinfettare le ferite dei genitali diventate settiche e che si presentano, ora come ulcere secche, coperte da stratificazioni gialle, cagionate da necrosi micotica del fondo della ferita, ora come superficie rugose, di aspetto lurido, prese da gangrena umida, abbiamo adoperato nel corso degli ultimi anni la canfora, il permanganato di potassa, il cloruro di zinco e la tintura d'iodio.

La canfora abbiamo adoperato in forma di emulsione (canfora gr. 1, mucilaggine gr. 10). Per mantenere a lungo contatto colla ferita questa emulsione venivano imbevuti in essa piccoli tam-

poni di cotone digrassato, i quali s' applicavano sulle ferite e si cambiavano a grandi intervalli. Quando si desiderava che l'emulsione canforata agisse sulla vagina, allora invece dei tamponi abbiamo praticate iniezioni della stessa sostanza per mezzo di schizzetti di vetro muniti d'una perina di cautchuc.

Nelle suppurazioni delle ferite e nelle forme gangrenose, che dipendevano piuttosto da contusione che da intensa infezione, le applicazioni coll'emulsione canforata giovavano benissimo, mentre non corrispondevano spesso nella necrosi settica delle ferite, tanto da non troncare sempre la febbre e da non impedire che il processo settico si estendesse all'endo ed al parametrio. Però abbiamo potuto spesso persuaderci che questo modo di procedere, supposta la esatta esecuzione, impediva qualche volta il libero scolo dei lochi ed aveva l' inconveniente che gli istrumenti e le mani degli assistenti venivano troppo spesso in contatto colle ferite settiche.

Quest'ultimo inconveniente va evitato colle cauterizzazioni. Il permanganato di potassa in soluzione satura, applicato sull' impiagamento per mezzo d'un pennello, ci dava splendidi risultati. Non di rado si vedeva sparire la febbre rapidamente, spesso entro 6 a 12 ore, e l'ulcera spogliarsi presto, convertendosi in una buona ferita granulante. Il cloruro di zinco in soluzione al 10-15 per cento spesso non ci ha corrisposto affatto. La tintura d'jodio però fino ad ora ha dato i migliori risultati. Il jodio è un eccellente antisettico; adoperato in forma di tintura produce una cauterizzazione non tanto superficiale, provocando contemporaneamente una forte infiammazione reattiva, che impedisce l'ulteriore assorbimento delle sostanze settiche; in questo modo corrisponde a tutte le esigenze richieste dal trattamento delle ulcere settiche.

(Continua).

RASSEGNA

Dell'uso del sublimato corrosivo in soluzione, durante il parto ed il puerperio, nota del Dott. **Olivier**, interno alla Maternità di Parigi — *(Annales de Gynecologie,* novembre 1882).

L' azione parassiticida del sublimato corrosivo essendo ben nota, il Prof. Tarnier pensò che esso poteva forse impiegarsi con vantaggio nella antisepsi puerperale.

Delle esperienze comparative furono da lui istituite a questo soggetto e le risultanze non lasciarono alcun dubbio sulla superiorità del bicloruro di mercurio in confronto dell'acido fenico fin qui impiegato. Egli infatti avendo messo a macero del tessuto placentale in soluzioni variamente titolate di acido fenico ed in una al $^1/_{1000}$ di sublimato, trovò che dopo pochi giorni i liquidi fenicati contenevano delle legioni di microbi viventi, mentre il liquore del Van Swieten ne era perfettamente immune. Epperò l'illustre Professore della Maternità risolse di impiegare il sublimato invece dell'acido fenico durante il parto e in certi casi durante il puerperio.

Ecco le norme che regolano codesto nuovo sistema di profilassi antisettica.

Lavatura delle mani di chi assiste al parto col liquore di Van Swieten (nessun caso di salivazione).

Lavatura della regione genitale e del canal vaginale della donna in travaglio con una soluzione al 1/2000, lavatura che viene ripetuta ogni tre ore circa per tutta la durata del soprapparto.

Ultima lavatura ed injezione una volta che il parto è compiuto.

Se il parto fu fisiologico, nella *toilette* giornaliera della puerpera si impiega una soluzione fenicata a 1/80. Se invece il parto fu artificiale e se vi sono delle escare profonde e sopratutto se i lochi sono fetidi, la *toilette* medesima la si fa colla soluzione di bicloruro sopra indicata (4 o 5 iniezioni al giorno).

Secondo le osservazioni di M. Henry, levatrice della Maternità, codeste iniezioni hanno sempre distrutto la fetidità dei lochi in uno o due giorni, ed un abbassamento rapido della temperatura segue davvicino il nuovo trattamento. Alla medesima levatrice è anche parso che l'involuzione uterina si faccia più rapida coll'uso del bicloruro, il quale, tra parentesi, non portò il ptialismo in nessuna delle malate.

Tre volte soltanto su 350 casi si notò una eruzione idrargirica ai genitali esterni, eruzione scomparsa ben presto colla soppressione delle compresse antisettiche applicate contro la vulva.

Il Dr. Ribemont, allievo del Prof. Tarnier non ha esitato a impiegare la nuova soluzione antisettica per iniezioni intrauterine in un caso di endometrite purulenta e ne ottenne i migliori risultati senza che venisse in scena alcun fenomeno di intossicazione mercuriale. Il Dott. Olivier ricorse egli pure a codeste iniezioni 1/2000 in due casi analoghi occorsi alla Maternità e con successo egualmente favorevole.

In seguito a questi risultati il Prof. Tarnier è d'opinione che si debba estendere l'uso del sublimato alla distruzione dei microbi che si annidano nella biancheria e nelle materassa delle ricoverate.

A questo scopo il Prof. Tarnier farà costrurre nella Maternità una fossa cementata capace di contenere parecchie materasse, le quali dopo esservi rimaste a contatto con una soluzione di sublimato verranno portate sotto una corrente d' acqua perchè sieno liberate dal bicloruro rimasto nel crine e nella lana. Per ultimo se ne farà l'essicazione in una stufa adatta.

Le lenzuola e le pezze che avranno servito alle puerpere verranno esse pure bagnate successivamente nella soluzione di sublimato e nell'acqua pura avanti di inviarle alla lavanderia pel bucato.

I risultati di questo nuovo metodo di antisepsi sono troppo incoraggianti e provengono da una fonte troppo autorevole perchè qualche Direttore della nostra Maternità non si senta invitato a sostituire in tutto o in parte il bicloruro di mercurio all'acido fenico nella profilassi antisettica giornaliera. Intanto, il nuovo Direttore della Maternità di Firenze, il Prof. Chiara, ha cominciato per sostituire la vasellina con bicloruro (3/1000) all'olio fenicato usato fin qui per le

esplorazioni ostetriche; innovazione codesta che indipendentemente dall'articolo del Dott. Olivier, egli aveva già in animo di fare dopo che per le esperienze di Koch risultò come l'acido fenico unito ai corpi grassi perde qualunque virtù antisettica.

Non è improbabile che in un tempo non lontano anche nella Maternità di Firenze venga adottato tutto un sistema di antisepsi mercuriale, quale si è quella usata dal Tarnier per la Maternità di Parigi.

Istero-ovariotomia cesarea eseguita dal Dott. **Cenci.**

È l'operatore medesimo che narra la storia di questa amputazione utero-ovarica eseguita allo Spedale civile di *** su una rachitica ivi inviata a termine di gravidanza e già in soprapparto da 36 ore. — Mancano dettagli sulle misure del bacino e solo è accennato ad una riduzione di 65 mill. nel diametro sacro-pubico; ciò che farebbe pensare ad una coniugata diagonale di 40 mill. Comunque sia la cosa, l'operazione di Porro fu eseguita colle solite norme antisettiche e senza che presentasse alcuna accidentalità degna di nota.

Il puerperio fu dei più normali, sicchè cinque giorni dopo l'atto operativo la ferita addominale era completamente cicatrizzata — e la donna veniva dimessa in buonissime condizioni dopo 60 giorni di degenza nell'Ospitale. Il bambino nacque e si mantenne in buonissime condizioni.

Un'operazione consimile venne pure praticata nel mese di settembre u. s. dal Dott. Tansini, chirurgo-direttore dell'Ospitale di Lodi: l'operata era una osteomalacica e l'egregio chirurgo ebbe un pieno successo.

L'operazione venne pubblicata nella *Gazzetta Medica Lombarda*, Novembre 1882.

Ritenzione di ossa fetali nella cavità uterina durante 19 mesi (*Journal de Médecine de Paris*, novembre 1882).

È il Dott. Schramm che riporta il caso in questione. — Si trattava di una donna pluripara, la quale all'ottava sua gravidanza ebbe

un soprapparto lunghissimo (4 giorni) ultimatosi colla espulsione incompleta di un feto macerato. Erano rimaste nella cavità uterina le ossa del cranio, qualcuna delle vertebre fetali e la placenta (?)

Alcune settimane dopo si iniziò uno scolo purulento dalla vagina e dal 7° al 19° mese dopo il parto vennero parte espulsi e parte estratti questi residui ossei la cui presenza sulla matrice si limitò a produrre oltre al dimagramento della malata una fistola vescico uterina.

(Quella donna può dire davvero d'essere uscita pel rotto della cuffia).

NOTIZIE.

Nel concorso al posto di Professore-Direttore della clinica ostetrico-ginecologica di Pavia, tenutosi a Roma dal 18 al 22 u. s., la Commissione propose il Dott. Cuzzi, Prof. ordinario di ostetricia nella R. Università di Catania. Vengono dopo nella graduatoria i Prof. Fabbri, Mangiagalli, Calderini, Cazzani e Chiarleoni.

Nella Clinica ostetrico-ginecologica di Firenze tra le operazioni ginecologiche fatte dal Direttore Prof. D. Chiara, dal 20 novembre al 15 dicembre u. s., contano una estirpazione, dalla vagina, di voluminoso polipo uterino inserito in avanti al disopra dell'orifizio interno, e una ovariotomia (cisti ovarica moltiloculare) piuttosto complicata nella tecnica in causa di tenaci e numerose aderenze. Le due operate guarirono *presto e bene.*

Il prof. R. M. Levi, Prof.-Direttore della clinica medica pediatrica nell'Istituto di studi superiori di Firenze, il 13 corrente mese lesse a scelto e numeroso uditorio la sua prolusione: speriamo di darne un sunto ai nostri lettori nel prossimo numero.

Archivio di patologia infantile. — È questo il titolo del nuovo giornale di pediatria fondato e diretto da L. Somma a Napoli. Gli auguriamo lunga e prospera carriera.

Prof. Dott. Domenico Chiara Direttore-gerente responsabile.

Milano — Tip. Pietro Agnelli, via Pietro Verri, 16.

Volume V. Febbrajo 1883 N. 2.

ANNALI
DI
OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

Clinica Ostetrica della R. Università di Sassari.

LA SIFILIDE IN RAPPORTO COLLO STATO DI MATERNITÀ

LEZIONE

del Prof. LUIGI MANGIAGALLI

SIGNORI!

Nelle riunioni antecedenti noi abbiamo esaminato la donna pluripara degente al N. 4 soltanto da un punto di vista prettamente ostetrico. Constatata la gravidanza, determinata la sua epoca probabile, rilevata la vita del prodotto del concepimento, noi dovremmo ora rivolgere la nostra attenzione ai problemi d'indole meccanica che l'ostetrico deve sempre aver presenti alla mente ogni qualvolta esamina una donna in attesa del parto. Prima però di far questo noi prenderemo oggi in serio esame un fatto che ci venne fornito dall'interrogatorio della donna e che voi avete già udito enunciare dal vostro compagno incaricato di raccogliere le notizie anamnestiche. La donna racconta cioè come nei primi mesi del suo primo matrimonio sia rimasta affetta da sifilide per opera di suo marito. Veramente la parola *sifilide* essa non l'ha pronunciata e forse ignora tuttora l'indole e la gravezza dell'affezione subita, ma dalla descrizione che ella ci fece di ciò che presentava il marito sugli organi genitali e di ciò che lei stessa ebbe in regalo nel talamo, dal quadro delle sue sofferenze consecutive, dalle lesioni che presentò nelle fauci circa dodici mesi or sono, lesioni che qualcuno di voi ha constatato *de visu* frequentando

l'ambulatorio di questo Ospedale, dal fatto che tali lesioni si mostrarono ribelli ad ogni altro trattamento che non fosse il mercuriale, col quale invece si dissiparono prontamente, noi possiamo ritrarne la convinzione che veramente si trattasse di una infezione celtica. Del resto anche la storia *ostetrica* ci illumina a tale riguardo.

Dal primo marito ebbe due figli, ambedue prematuri, il primo morto e macerato, il secondo vivo ma che soccombette poco tempo dopo la nascita. In ciò noi vediamo due degli effetti più frequenti della sifilide in gravidanza. Il feto muore nella cavità uterina vuoi per interruzione della respirazione placentare cagionata da diffusa degenerazione delle villosità coriali o da apoplessie placentari così frequenti ad osservarsi, o da stenosi dei vasi decorrenti nel funicolo, vuoi per malattie d'indole specifica incoatesi e svoltesi nel feto stesso, e dopo un periodo di tempo più o meno lungo, variabile da giorni a settimane, viene espulso presentando in grado più o meno notevole le alterazioni che si compendiano col nome di macerazione. Oppure il bambino nasce vivo, prematuramente od a termine, già coi segni della labe ereditaria o in apparenza sano, e trascorso un tempo più o meno lungo esso soccombe o per il progredire delle manifestazioni celtiche, o per il loro irrompere se già prima non manifeste, quando l'arte non sia riuscita a porvi riparo. Nella Maternità Milanese, nei cinque anni di cui io stesi il rendiconto, entrarono 29 gravide sifilitiche; 11 feti nacquero macerati, e dei 18 nati vivi soltanto dieci presentavano lo sviluppo dei feti a termine, ma per parecchi di essi ebbi io stesso campo ad osservare l'insorgere di forme indubbiamente sifilitiche, e per la maggior parte degli altri l'avvenire non sarà stato molto rídente poichè incombevano su di loro e la lue probabilmente ereditata e i danni dell'allattamento artificiale. Senonchè noi dobbiamo ora vedere fino a qual punto la macerazione del feto possa mettersi a carico della sifilide: poichè sbagliano certamente quegli ostetrici che di macerazione fetale e di sifilide dei genitori fanno quasi due espressioni equipollenti. La macerazione del feto *per sè* non rappresenta che una serie di alterazioni che i tessuti organici del feto subiscono quando sieno posti in determinate condizioni fisiche. Queste condizioni fisiche che noi possiamo riprodurre sperimentalmente sono rappresentate nell'utero materno dall'immersione del feto morto nel liquido amniotico colla esclusione dell'aria atmosferica e de' suoi germi, che ve-

nendo a contatto coll'organismo fetale v'ingenererebbero alterazioni di natura ben diversa, quelle cioè che si compendiano col nome di putrefazione. Uno dei primi effetti che noi osserviamo quando il feto venga a trovarsi nelle condizioni fisiche sopraccennate è la macerazione dell'epidermide: avviene della cute del feto ciò che avviene della canape immersa a lungo nell'acqua. L'epidermide si stacca a piccoli o a grandi lembi ad ogni minimo attrito, talchè molte volte il feto alla sua nascita, appunto per gli attriti superati al suo passaggio attraverso le vie materne, ovvero già prima per l'effetto dell'addossarsi dell'utero sul suo contenuto ad acque colate, mostrasi completamente spoglio del suo rivestimento epidermico. E siccome contemporaneamente la sostanza colorante del sangue si è diffusa attraverso i tessuti fetali, così il feto macerato ha assunto quella colorazione caratteristica per cui ebbe anche il nome di *fœtus sanguinolentus.* Di pari passo vanno mano mano facendosi più pronunciate le alterazioni fisiche indotte dalla imbibizione di tutti i tessuti, quindi la flaccidità speciale del feto per cui il torace perde la sua forma arcuata, l'addome è cascante come quello di un batracio, il capo e tutto il corpo si schiacciano sul piano resistente su cui questo venne adagiato. Più è antica la morte del feto e più le dette alterazioni devono essere profonde; di qui la possibilità di arguire dal grado di queste la data approssimativa della morte del prodotto del concepimento. Non tutti gli organi infatti sono infiltrati nello stesso tempo da quella sierosità in cui sta diffusa la sostanza colorante del sangue e che può assomigliarsi ad una conserva di ciliegie più o meno diluita. La colorazione rosea, a mo' d'esempio, verso l'ottavo giorno ha già invaso completamente la cornea, mentre il cristallino conserva ancora la sua trasparenza e può essere rispettato fin verso il 10º od anche il 12º giorno. Come voi vedete, dalle alterazioni che si compendiano col nome di macerazione noi non possiamo ancora logicamente assorgere al concetto della causa che apportò la morte del feto. Certo è per altro che la sifilide è una delle cause che ben di frequente cagiona la morte del prodotto del concepimento, che poi nel liquido amniotico da cui è circondato, nella temperatura dell'ambiente in cui si trova fuori del contatto dell'aria atmosferica, trova le condizioni più favorevoli per macerarsi. Ciò è tanto vero che Pollnow ritenne per sifilitici il 76 0|0 dei feti macerati, mentre Birch-Hirschfeld di poco si discostò da tale cifra considerando come sifilitici il 70 0|0 di tali feti. Ma vediamo

alcuni dati statistici più particolareggiati; sopra 500 autopsie di feti i cui protocolli vennero esaminati da Ruge nell'istituto ostetrico di Berlino, 94 furono di *feti sanguinolenti* ed in 74 di questi si riconobbe l'infezione celtica come causa della morte, vale a dire nella rispettabile cifra dell'83 0|0. Voi vedete che se non è giustificata l'affermazione di coloro che dalla nascita di un feto macerato traggono l'illazione trattarsi di sifilide, essi però nella maggioranza dei casi non si discostano punto dal vero.

Ma abbiamo noi criterii speciali per giudicare se un feto macerato sia sifilitico, ovvero non lo sia? L'esame del cordone può già per sè stesso qualche volta darci la chiave dell'enigma. Nei feti macerati il cordone si presenta pur esso infiltrato della sierosità rossastra che più sopra abbiamo accennato invadere tutti i tessuti fetali: esso ha perso in parte quel suo aspetto a spirale proprio del cordone allo stato normale, ma qualche volta vediamo come, il più di frequente in corrispondenza dell'anello ombellicale, la gelatina di Wharton sia stata in certo qual modo spremuta e sospinta altrove lungo il funicolo, e questo presenti uno o parecchi o moltissimi giri di torsione sul suo asse. Non è qui il luogo di discutere se questa torsione sia avvenuta in vita ovvero dopo la morte del feto, e di portare in campo gli argomenti dei sostenitori dell'una e dell'altra idea. Certo, almeno in quei casi in cui il numero dei giri di torsione è stragrande (persino oltre 300), mi pare non possa mettersi in dubbio la loro origine *post mortem.*

Ma ciò poco monta al caso nostro: ho voluto soltanto additarvi alcune altre particolarità possibili a riscontrarsi nei feti macerati. Tutto ciò naturalmente non ha importanza per la distinzione dei feti semplicemente macerati da quelli macerati e sifilitici. Da questo punto di vista importa invece il conoscere come la stenosi dei vasi ombellicali e le alterazioni della loro tonaca intima, alterazioni che molte volte s'inseguono all'esame microscopico anche nei piccoli vasi della superficie fetale della placenta, costituiscano per molti più che un segno probabile, un segno sicuro di lue, come risulterebbe dalle osservazioni di Oedmanson, di Leopold e molti altri. È specialmente nella vena ombellicale che ci si appalesano tali lesioni. Di un colorito giallo sporco, irregolarmente rialzata a chiazze per cumuli di piccole cellule rotonde in via di degenerazione adiposa, la tonaca intima presenta un aspetto analogo a quello offertoci nei casi di degenerazione ate-

romatosa nei vasi arteriosi degli adulti. Ma è dall'esame completo del feto che noi trarremo i criterii per giudicare se un feto macerato sia o non sia sifilitico.

Il principale di essi ci viene offerto dall'esame delle ossa, nelle quali è rarissimo faccia difetto una serie di alterazioni speciali quando il feto sia realmente sifilitico. Voi sapete dall'anatomia quali sieno le leggi che regolano lo sviluppo delle ossa lunghe. Queste aumentano in lunghezza non perchè si allunghi la diafisi o il corpo di esse, ma tale aumento si produce in grembo alla cartilagine epifisaria per nuova produzione di cellule e consecutiva deposizione di sali calcarei, come le semplici e convincenti esperienze di Flourens e di Duhamel lo dimostrarono. Il limite tra una zona e l'altra è stabilito da una linea *epifisaria*, che con un attento esame si può scorgere ad occhio nudo anche nelle ossa normali specialmente se macerate sotto forma di una linea retta o leggermente arcuata.

Oltre alle affezioni proprie del periostio, oltre alle produzioni gommose, è in corrispondenza di tale zona di passaggio fra la diafisi e la cartilagine epifisaria o zona di Guérin, che ci vennero segnalate da Wegner le alterazioni indotte dalla sifilide: vi si scorge infatti una zonula più o meno diffusa, ondulata, ineguale che manda delle propaggini nella cartilagine, splendente, di un colore bianchiccio o bianco-roseo che spicca sul tessuto osseo spugnoso rosso-bruno. Con ciò noi abbiamo una base anatomica di grande valore, sulla quale poggiare il nostro giudizio di sifilide. Oltre l'esame delle ossa anche quello delle sierose peritoneale e pleurica e l'esame comparativo del peso di alcuni visceri, specialmente della milza, aumenteranno i dati di cui ci serviamo onde precisare se il feto macerato appartenga alla classe di quelli sifilitici. In *tutti* i feti macerati, se la macerazione è appena appena progredita, noi troveremo nel cavo pleurico e nel cavo peritoneale una quantità maggiore o minore di quella sierosità sanguigna che infiltra i tessuti. Erroneamente la sua presenza la si volle considerare come espressione di lue celtica. *Per sè* non è che un fenomeno cadaverico e noi possiamo osservarla anche in feti d'altronde sani sottoposti a macerazione artificiale.

Essa acquista valore soltanto quando in unione ad essa vediamo le deposizioni fibrinose, che si addensano attorno ai visceri contenuti nelle dette cavità, e gli inspessimenti e le aderenze della sierosa che tappezza le pareti della cavità ed involge i vi-

sceri stessi, quando vediamo insomma accoppiati ad essa i prodotti indubbii di un precedente stato irritativo delle sierose. Lo ingrossamento della milza è poi un'altra manifestazione della sifilide fetale. Il rapporto del peso della milza col peso del corpo nei feti d'altronde sani è indicato dalla tabella che qui vedete:

Al disotto di	1000	grm.	come	1 : 605
»	2000	»	»	1 : 400
»	2500	»	»	1 : 350
Al disopra di	2500	»	»	1 : 320

Insomma col crescere del feto la milza cresce non solo in modo relativo ma in modo costante ed assoluto. Vediamo come si comporti nei feti macerati non sifilitici ed in quelli sifilitici. Ruge, il quale ci ha offerto la tabella antecedente, ci presenta anche le altre due, nell'una delle quali voi vedete indicato il rapporto del peso della milza al peso del corpo nei feti semplicemente macerati, nell'altra lo stesso rapporto in quelli sifilitici.

A) *Nei feti semplicemente macerati non sifilitici.*

Al disotto di	1000	grm.	come	1 : 570
»	2000	»	»	1 : 800
»	2500	»	»	1 : 536

B) *In quelli sifilitici.*

Al disotto di	1000	grm.	come	1 : 330
»	2000	»	»	1 : 172
»	2500	»	»	1 : 276
Al disopra di	2500	»	»	1 : 124

Laonde, a dirla colle stesse parole dell'autore citato: *la milza nei feti sifilitici, malgrado la perdita di peso subita per la macerazione è in confronto di quella dei feti sani più voluminosa e più pesante.*

Potrei proseguire a lungo in questo interessante studio delle alterazioni presentate dai feti macerati sifilitici, ma il già detto basta ad indicarvi la strada che dovete seguire nell'esame di un feto macerato ed a convincervi nello stesso tempo della richezza

dei mezzi che l'arte possiede per determinare se un feto macerato sia o non sia sifilitico, e basta tanto più che con quanto siamo venuti fin qui dicendo, noi ci siamo soltanto affacciati all'esame degli importantissimi problemi che si presentano a chi voglia delineare anche a rapidi tratti la storia naturale della sifilide nella gravidanza. Anche in ciò sarò breve: prima però debbo almeno accennarvi come anche l'esame degli annessi possa offrirci delle indicazioni utili a consultarsi. Sono frequenti ad osservarsi nelle placente appartenenti a feti morti nella cavità uterina, focolai emorragici antichi e recenti con tutte le parvenze quindi che assume il sangue stravasato nelle fasi successive che attraversa; qualche volta si hanno in grembo alla placenta delle piccole cavità a contenuto giallo-puriforme, somiglianti ad ascessi incapsulati. Ovvero nell'esame di placente sifilitiche si rileva coll'esame microscopico la cosidetta *neoformazione cellulo-granulare deformante delle villosità* (Fränkel), accompagnata spesso da calcificazioni ad apparenza dendritica dei vasi delle villosità, ovvero ci sarà dato di constatare l'*endometrite gommosa placentare.*

Ma anche dopo il bel lavoro di Fränkel sulla sifilide placentare devo confessare come spesse volte l'esame solo della placenta ci lasci dubbiosi e peritanti sull'affermazione della sifilide. Nella donna che noi stiamo esaminando nessuno di noi ebbe l'opportunità di esaminare gli annessi od il feto, che, dalla descrizione fattacene dalla madre, noi supponemmo macerato. La macerazione del primo nato, la morte del secondo espulso prematuramente, il decorso dell'affezione che dal marito sarebbe stata trasmessa alla moglie hanno prodotto in noi la convinzione clinica che questa donna fosse allora sifilitica. È da questa convinzione che noi prenderemo le mosse per studiare le vie diverse per cui si trasmette la sifilide al prodotto del concepimento ed i problemi così involuti che da tale studio ne emergono. Quando, come nel caso presente, padre e madre sono già infetti al momento del concepimento non havvi più ragione a discutere sulla trasmissione al prodotto del concepimento del virus inquinante: il fatto si verifica nella pratica abbastanza di frequente, e quindi nessuno vorrà prendere sul serio la pretesa sterilità costituzionale delle donne sifilitiche, considerandola almeno come legge. Ma se noi passiamo ad esaminare le possibilità di trasmissione per una via unilaterale paterna o materna, allora noi vediamo accapigliarsi le più disparate opinioni. Voi vedrete da alcuni sifilografi incolpare esclusivamente il

padre: da altri solo prevalentemente, e questo predominio dell'influenza paterna si risolverebbe, secondo Hutchinson, in una probabilità maggiore di avere la prole libera da sifilide quando la madre è *sifilitica* ed il padre *sano* che non nel caso inverso; da altra parte voi leggerete in alcuni libri di sifilografia le seguenti testuali espressioni:

« *La madre sola trasmette la sifilide ereditaria; il bambino di un padre sifilitico è sano.* »

« *Il padre non esercita alcuna influenza riguardo alla trasmissione della sifilide ereditaria.* »

Cercherò di porgervi un filo di Arianna per guidarvi in questo labirinto, non per decidere queste intricate questioni, poichè non ne avrei la competenza, ma solo per offrirvi nel modo più semplice che mi sarà possibile i dati che dovrete aver presenti nello studio dei casi che nella vostra pratica si presenteranno onde contribuire voi pure alla soluzione di tali problemi. A noi possono presentarsi i seguenti casi:

1.° La madre è sifilitica al momento del concepimento ed il padre non è sifilitico;

2.° Il padre è sifilitico al momento del concepimento mentre la madre è sana;

3.° Padre e madre sono sani al momento del concepimento, ma la madre diventa poi sifilitica nel corso della gravidanza.

Quale è l'influenza che la sifilide esercita sul prodotto del concepimento in questi casi? Cominciamo dai primi due: nel primo è infetto l'ovulo, nel secondo il nemasperma che fanno parte rispettivamente dell'organismo materno e paterno. Ovulo e nemasperma all'atto della fecondazione in certo qual modo si compenetrano e dal loro amplesso intimo nasce l'essere nuovo; ed in questo vediamo riprodotti o variamente intrecciati i caratteri fisici e le tendenze morali dei due genitori, vediamo ripetersi i caratteri della razza o mescolarsi e fondersi i caratteri di razze differenti, vediamo infine manifesti o latenti i germi di alcune malattie. Sfugge la sifilide a questa legge dell'ereditarietà, quando è affetto soltanto l'elemento femminile o soltanto l'elemento ma-

schile? La mia risposta è negativa ed è basata non solo su quelle argomentazioni d'indole generale e sui documenti altrui ma su fatti rigorosamente constatati e caduti sotto la mia osservazione. Del resto con ciò non faccio che condividere le idee della maggioranza dei sifilografi. Ma il quesito non si arresta a questo punto: poichè, nei casi in cui il solo padre è affetto, mentre da alcuni si vorrebbe soltanto una trasmissione, veramente ereditaria, al prodotto del concepimento, per opera dunque dei nemaspermi che portano con loro i germi dell'infezione celtica, da altri si ammetterebbe altresì ovvero unicamente una influenza misteriosa del seme sulla madre, la quale così infetta trasmetterebbe l'infezione al prodotto del concepimento. È singolare fra le altre l'opinione di Bärensprung, il quale così si esprime: « il » seme di un uomo sifilitico, che nelle circostanze ordinarie è » innocuo per la donna, la infetta tostochè esso la feconda. » Ecco adunque che, in altri termini, noi siamo condotti a formulare la seguente dimanda. Può la sifilide del padre dar origine ad un feto sifilitico senza influenzare la salute della madre? Due anni or sono io ebbi l'opportunità di assistere ad un parto di feto macerato e sifilitico: il padre era sifilitico ed aveva subito una cura mercuriale incompleta: la madre nel mese di ottobre scorso conservavasi ancora assolutamente immune. È questo l'unico caso che io posso trarre dalla mia pratica nel quale fossero bene esaminati *da me* tutti gli elementi del problema clinico, padre, madre, figlio. Io cito il fatto, non lo commento. Può considerarsi tale spazio di tempo sufficiente per escludere la trasmissione dal marito alla moglie nel senso di Bärensprung, ovvero la infezione dal feto alla madre? La risposta a questa dimanda formulata sulla base di un caso unico, per quanto si faccia affermativa, è inutile, poichè il Kassowitz avrebbe constatato che la madre era sana in 46 dei 119 casi simili da lui raccolti. E ciò, come vedremo, mi porta naturalmente a discutere il terzo caso, onde esaminare la questione della trasmissione della sifilide in tutte le sue faccie. Il Kassowitz, il quale ammette che il feto diventi sifilitico per il seme paterno senza infezione della madre, sostiene nello stesso tempo che il veleno sifilitico non possa attraversare il sistema vasale placentare, fetale e materno, nè nella direzione dalla madre al feto nè in quella dal feto alla madre. Con ciò si spiega che la madre si conservi sana malgrado che il prodotto del concepimento sia sifilitico per opera del padre, ma

si nega implicitamente che la madre divenuta sifilitica nel corso della gravidanza (mentre all'atto del concepimento e padre e madre erano sani) possa trasmettere la sifilide al prodotto del concepimento. Invece alcuni casi clinici ben constatati ci farebbero credere possibile tale trasmissione. Affatto recentemente Engel comunicò un caso molto interessante che io qui vi riepilogo onde chiarir bene anche il concetto. Un marito è tenuto in città dagli affari nella stagione estiva, mentre la moglie già incinta di due mesi è andata alla campagna. Poco prima del ritorno della moglie egli rompe la fede coniugale, e ritornata la moglie al talamo riprende la sera stessa dell'arrivo di questa le sue funzioni coniugali. Il giorno *successivo* scorge un'ulcerazione sul glande e si reca dal medico di famiglia. Il medico, confidente della casa, che aveva già assistito la signora in due parti antecedenti, riesce, senza destar sospetti, ad esaminare diligentemente la moglie, non riscontra alcuna lesione, mentre invece dopo molti stenti essendo riuscito ad esaminare la donna colla quale il marito aveva avuto rapporti coniugali prima del ritorno della propria moglie, riscontra un ulcero duro al lato interno del piccolo labbro di sinistra. Sei giorni dopo la prima visita, la moglie del marito infedele presenta pur essa un ulcero duro sulla superficie interna del gran labbro di sinistra. Indi adenite sifilitica, forme anginose, psoriasi. Malgrado la cura istituita, il feto nato vivo presentava forme sifilitiche manifeste che si dissiparono con una cura mercuriale.

Casi simili vennero riportati da Violet, da Lesser, da Vajda, da Behrend e da molti altri. Per essi sarebbe dimostrata la trasmissione della sifilide dalla madre al feto, concepito già da genitori sani. E tale possibilità, che non vi nascondo essere negata da molti, è in accordo colle leggi che regolano il ricambio materiale tra madre e feto attraverso alla placenta. Molte sostanze medicamentose passano dal sangue della madre a quello del feto; il feto in grembo alla madre stessa è colpito dal vaiuolo da cui questa era stata colpita; Caspary inietta nella giugulare di una coniglia gravida un'emulsione di cinabro, e trova molte particelle di cinabro nel sangue del feto; Spitz dimostra nel sangue di questo quei medesimi spirilli che avevano indotto nella madre la febbre ricorrente. Nulla quindi ripugna all'ammissione della possibilità che anche il virus sifilitico si trasmetta al feto attraverso la placenta. Se io non vi nascondo la proclività mia ad ammettere

questa trasmissione della sifilide *intra uterum*, non oso però darvi tale possibilità come accertata, come *fatto* acquisito alla pratica, poichè non devo tacervi come parecchi ed autorevoli sieno gli oppositori. E neppure vi taccio come ammessa la possibilità della trasmissione del veleno sifilitico dalla madre al feto, siamo trascinati in certo qual modo ad ammettere anche la trasmissione in senso inverso dal feto cioè sifilitico per opera del padre, alla madre, ad ammettere cioè quello che i sifilografi francesi chiamano *choc en retour* che i fatti di Ricord e Diday tenderebbero a farci accettare. Voi vi ricorderete senza dubbio come poco anzi accennando alle lesioni per cui si distinguono i feti macerati sifilitici da quelli semplicemente macerati, io facessi parola delle lesioni dell'intima dei vasi del funicolo proprie dei feti sifilitici e soggiungessi come tali lesioni si inseguano col microscopio anche nei piccoli vasi della placenta fetale. Se tali lesioni potessero dimostrarsi propagate anche nei vasi della placenta materna, lo *choc en retour* riceverebbe la sua dimostrazione anatomica.

Ecco quindi un campo aperto per le future investigazioni. Riassumendo, dati un padre sifilitico ed una madre sana al momento del concepimento, la madre potrebbe venire infetta o per quella influenza misteriosa già accennata, che sarebbe esercitata dal seme del padre, ovvero a lei, attraverso la placenta, potrebbe trasmettersi la lue dal feto sifilitico in conseguenza della sifilide paterna. E qui è giunto il momento opportuno di aggiungere come coloro i quali sostengono che dal padre o dal feto possa trasmettersi per una influenza lenta e continua la sifilide alla madre, possa trovare un appoggio alle loro idee nella cosidetta legge di Colles. Ora che cosa intendesi per legge di Colles? Secondo questa legge i bambini sifilitici nati da padre sifilitico possono impunemente essere allattati dalla propria madre in apparenza sana, mentre invece trasmetterebbero la sifilide ad una nutrice qualsiasi. Anche questa legge, a detta di pochi, avrebbe avuto qualche eccezione, ma quale legge non ne presenta? Ebbene: i partigiani dell'ultima opinione accennata ne tranno profitto e così argomentano: in base alle leggi generali che informano la storia naturale della sifilide, la madre non è inquinata allattando il proprio bambino sifilitico, perchè è già sifilitica lei stessa. Comunque sia di ciò, dalla legge accennata di Colles, voi potete, voi dovete trarre un ammaestramento pratico di grande importanza. Voi dovete cioè adoperare tutta la vostra influenza perchè un bambino

nato sifilitico sia allattato dalla propria madre. Nel caso che questa sia impossibilitata in modo assoluto è inutile che io vi dica come voi dobbiate opporvi recisamente a che il bambino sia affidato ad una nutrice sana, ed interporre invece tutta la vostra influenza perchè si ricorra all'allattamento mediante l'asina, mediante la capra, ovvero all'allattamento artificiale.

Se noi ora facciamo un po' di sintesi filosofica, vediamo come alla fine tutti i problemi accennati si riannodino attorno a due questioni di biologia, una generale, l'altra particolare. La prima rientra nel grande argomento della ereditarietà e dimanda: la sifilide è trasmissibile per vera ereditità? Il feto cioè ritrae dall'ovulo o dal nemasperma il germe della sifilide? Ed a questo proposito la gran maggioranza risponde affermativamente.

La seconda rientra nell'argomento meno vasto e meno generale dello scambio materiale fra madre e feto, e dimanda: la sifilide è trasmissibile dalla madre al feto, ovvero dal feto alla madre attraverso la placenta? Ed a questo proposito le opinioni sono molto controverse, il fatto non può dirsi assolutamente accertato, ma alcuni documenti clinici ed argomentazioni fisiologiche condurrebbero a non rifiutarlo.

Oltre alla trasmissione ereditaria, oltre alla infezione *intra uterum*, ovvero attraverso la placenta, rimarrebbe a parlare della infezione *per partum*. La madre è divenuta sifilitica nel corso della gravidanza, mettiamo alla fine onde non ritoccare più le questioni sovraccennate, la sifilide non ebbe tempo a trasmettersi al prodotto del concepimento, e questo è sano: al suo passaggio attraverso il canale genitale, sede di lesioni sifilitiche, può rimanere inquinato lui stesso? Per contro il feto è sifilitico per via paterna, la madre si è serbata sana: può essere questa contaminata direttamente dal passaggio del feto sifilitico in corrispondenza delle lesioni che avvengono all'atto del parto nello stesso modo che noi possiamo innestare in noi la sifilide con una puntura nell'autopsia di un feto sifilitico? Come per il primo caso non dovrebbe esservi alcun dubbio, parrebbe per il secondo che nello stesso modo che il feto sifilitico non infetta la propria madre coll'allattamento non dovesse infettarla neppure per la via vaginale. In questo punto la mia esperienza è muta ed i documenti clinici su questo riguardo sono scarsi e contradditorii.

Rientriamo ora nel campo prettamente ostetrico, nel quale troveremo ancora alcuni punti degni del nostro interesse. Che la

sifilide influenzi tristamente la gravidanza è dimostrato dalla frequenza della interruzione prematura della gravidanza, dalla frequenza con cui la sifilide uccide il prodotto del concepimento. Che la gravidanza invece influenzi tristamente l'evoluzione della sifilide non è dimostrato da prove cliniche convincenti. Il Bäumler il quale trattò l'argomento della sifilide nella enciclopedia medica dello Ziemssen, dice che il corso e la prognosi sono nella donna modificati da speciali fatti fisiologici (mestruazione, gravidanza, età critica), ma poi non chiarisce meglio il suo concetto. Qualche volta potremo sommare gli effetti anemizzanti della gravidanza, ma allora noi ci troviamo di fronte a due cause che cospirano allo stesso scopo. Non bisogna tacere però, che « se il sesso o lo stato di maternità non alterano, come scrive il Prof. Chiara, le leggi fondamentali su cui si regge la evoluzione della sifilide, ne modificano però la fisionomia in guisa tale da rendere più oscura e più malagevole la diagnosi. » Così pure noi dovremo ricordare come per il fatto stesso della gravidanza, della iperemia funzionale e della stasi meccanica degli organi genitali che l'accompagnano si rendano più refrattarie ad ogni cura le forme ulcerose, che in causa del turgore vascolare delle parti si presentano livide, violacee e si offra facile campo alle forme papulose di ipertrofizzarsi e lussureggiare. Constatate le manifestazioni sifilitiche in una donna, noi dovremo quindi come in ogni altro caso procedere ad una cura specifica, che varierà nelle sue modalità a seconda delle esigenze del caso, a seconda dello stadio a cui è pervenuta la sifilide, a seconda dell'importanza dell'organo affetto. A ciò noi siamo invitati e nell'interesse generale della donna e nell'interesse della gravidanza. Non è dubbia infatti la benefica influenza che sull'andamento di questa può esercitare una cura specifica intrapresa a tempo. Si è negata è vero anche tale benefica influenza, ma che cosa non si può negare anche coll'apparenza della ragione quando si abbia al proprio servizio una dialettica potente ma sofistica? Intanto da una statistica di Lowy rilevo i seguenti dati: nelle donne gravide sifilitiche curate specificamente l'aborto seguì nel 13,50 0[0 dei casi, in quelle non curate nel 29,50 0[0. In quelle curate si ebbe il 75,6 0[0 di feti vivi, in quelle non curate il 76,4 0[0 di feti macerati. E dunque, voi mi direte, perchè non si è tosto intrapreso una cura sifilitica nella donna ricoverata in clinica? La donna ha subito già una cura mercuriale dalla quale è stata guarita delle manifesta-

zioni più appariscenti, ed essa, benchè si presenti in uno stato di spiccata anemia, non offre attualmente segni di sifilide, la gravidanza è alla fine del settimo mese o è entrata nella prima quindicina dell'ottavo, il battito cardiaco è perfettamente regolare, e per tutte queste ragioni noi ci limitiamo a rimanere vigilanti. Questa vigilanza di ogni giorno si rivolgerà naturalmente anzitutto alla madre, ma essa sarà anche ed assiduamente esercitata a favore del prodotto del concepimento. Se nel corso della sifilide in donna gestante il feto può soccombere per malattie sviluppatesi in lui stesso, non è dubbio che allo stesso fine conducano le alterazioni placentari le quali perturbano profondamente o annullano lo scambio respiratorio, e tali alterazioni possono qualche volta riverberarsi sul circolo fetale. Se in questa donna, praticando l'ascoltazione ostetrica oggi, dimani, in seguito, rilevassi come il battito cardiaco fetale, che per numerose ascoltazioni abbiamo determinato oscillare nella sua freqnenza tra 140 e 150 p., fosse profondamente perturbato e non in modo passeggiero, non vi nascondo che non esiterei a fare una iniezione ipodermica di calomelano, come quella dalla quale mi aspetterei gli effetti i più pronti se non i più duraturi. Il guaio si è che quando le alterazioni placentari conducenti all'asfissia del feto, si producono *in modo lento*, non sempre traggono dietro alterazioni del circolo e quindi nella mancata percezione di queste, ci manca anche l'invito ad un pronto intervento terapeutico. È con somma meraviglia infatti che mi accadde di raccogliere un feto vivo il cui battito si era sempre conservato regolare nel corso del travaglio, mentre poi la placenta mi si presentò letteralmente tempestata nella sua faccia uterina di placche fibrinose più o meno estese, più o meno profonde. Ma per un'altra via gli ostetrici hanno tentato di vedere se fosse possibile di scongiurare i tristi effetti della sifilide sul prodotto del concepimento. L'osservazione di casi in cui la gravidanza ripetute volte si interrompeva senza causa apprezzabile ad un'epoca fissa e ne veniva alla luce un feto morto, la dimostrazione fatta dalla clinica che in alcuni di questi casi si riusciva ad avere un bambino vivo provocandone la espulsione prima del periodo di tempo in cui, per così dire, era condannato a morte, condussero gli ostetrici a dimandarsi se tale procedimento non fosse applicabile su vasta scala anche nei casi in cui causa evidente della morte del feto fosse la sifilide. Ma condizione *sine qua non* dovrebbe essere quella di dimostrare che

in un dato caso la sifilide causasse la morte del feto ripetutamente e ad un'epoca costante alla quale il feto fosse vitabile, od almeno dovrebbe premettersi la dimostrazione generale che la sifilide a *preferenza* induce la morte del feto ad un dato periodo, e resterebbe sempre l'obbiezione che parecchi feti indubbiamente d'origine sifilitica possono venire alla luce vivi ed in apparenza sani e sarebbe difficile, per non dire impossibile, il discernere caso da caso. Per avere un concetto approssimativo del rapporto in cui stanno fra loro aborto, parto prematuro e parto a termine: credo opportuno citarvi alcune cifre, e vi citerò la statistica di Mewis come una delle più estese. Sopra 275 feti provenienti da genitori sifilitici si ebbe il 22,9 0|0 di aborti, il 36 0|0 di parti prematuri, il 41 0|0 di parti maturi. Se nell'ordine d'idee or ora svolte non credo pratica l'indicazione del parto prematuro, sono convinto però che in qualche caso questo troverebbe una indicazione logica. Ed, a mio avviso, la troverebbe quando con esso si riescisse a sottrarre il feto alla infezione che gli sovrasta e lo minaccia. Vi ricorderete come io mi sia mostrato proclive ad accettare la possibilità, che dalla madre, divenuta sifilitica nel corso della gravidanza, possa l'infezione trasmettersi al feto che era stato concepito da genitori sani. Tale possibilità però da alcuni de' suoi sostenitori stessi la si rifiuta quando la madre diventa sifilitica in un periodo inoltrato della gravidanza. Per esempio da Diday la fine del settimo mese viene riguardata come limite dopo il quale la madre anche infetta non comunicherà più l'infezione al prodotto del concepimento. Ma ciò, come di leggieri comprenderete, non può essere per ragioni speciali e recondite, non può presumersi che il veleno sifilitico attraversi la placenta nel sesto mese e non nell'ottavo. La ragione di ciò la troviamo nella durata della così detta *seconda incubazione*, del periodo di tempo cioè che intercorre fra la comparsa dell'accidente primitivo ed il primo affacciarsi delle manifestazioni generali. Senza entrare in particolari su questo argomento, è ammesso da tutti come la diffusione del virus sifilitico nel nostro organismo sia molto lenta, per cui si calcola che la seconda incubazione varii da sei a dieci settimane. Noi quindi anzichè dire che la madre infetta dopo la fine del settimo mese non inquina il feto, dovremmo dire con enunciato più generale ma pure più preciso e più scientifico: *il feto è immune da sifilide quando è partorito nel periodo della seconda incubazione.* Non sarà lecito dunque in qualche caso in-

terrompere la gravidanza perchè il feto vitabile venga espulso nel periodo di tempo che intercede fra l'accidente primitivo ed i fenomeni generali, mantenendosi riguardo all'epoca del parto un po' discosti dal minimo dell'epoca presunta per lo irrompere dei fenomeni secondarii? A me sembra che la risposta debba essere affermativa.

Ancora poche parole sulla influenza che la sifilide può avere sul parto e sul puerperio e poi ho finito. Nei 29 casi già accennati, occorsi nella Maternità Milanese, il parto fu spontaneo. A questo riguardo debbo dirvi come i documenti clinici in relazione colla influenza accennata sieno molto scarsi. Putegnat pubblicava nel 1868 una memoria sulla distocia causata da ulcerazione sifilitica al collo dell'utero: nei cinque casi da lui osservati si richiese sempre l'intervento dell'arte per inspessimento ed indurimento del collo uterino, e per inerzia uterina e facilità al collasso conseguenze della cloro-anemia sifilitica. Osterloh crede più frequente nelle sifilitiche le anomalie del parto derivanti da una certa rigidità del collo uterino. Il Mewis sopra 167 donne sifilitiche si trovò di fronte 22 volte ad anomalie del parto consistenti od in una prococe rottura delle membrane o causate dalla durezza e poca cedevolezza della bocca uterina; ma nei 13 casi in cui questa si osservò si trattava di primipare. Quanto al puerperio, i più si accordano nell'affermare, come le forme papulose ipertrofiche e lussureggianti nella gravidanza e refrattarie alla cura, mostrino invece una notevole tendenza a scomparire rapidamente in puerperio. D'altra parte Fournier crede più frequenti nelle sifilitiche le emorragie puerperali. Amann non accorda una grande influenza alle affezioni celtiche sul decorso del puerperio, mentre Mewis ritiene che le puerpere sifilitiche, specialmente quelle con recenti manifestazioni secondarie nei genitali, siano predisposte alle essudazioni parametritiche.

Ma esaminiamo questa questione colla scorta di alcuni principii generali. Noi sappiamo con quanta frequenza le gravide sifilitiche diano alla luce feti macerati. Il fatto della macerazione non può essere sfavorevole nè al parto nè al puerperio. È più logico l'attenderci il contrario. E per il peso minore e per le mutate condizioni fisiche del feto più facile sarà il suo passaggio attraverso la filiera pelvica, meno difficili a superarsi saranno le resistenze. D'altra parte coll'interruzione della gravidanza già avvenuta qualche tempo prima, è diminuito l'afflusso funzionale

all'organo gestante e già sono cominciate od avanzate le modificazioni che accompagnano l'involuzione puerperale. Ma se lungo i genitali, sull'ostio vulvare, sul collo sono presenti le manifestazioni secondarie della sifilide, da una parte i tessuti che sono sede di esse potranno presentare una minore cedevolezza od una maggiore lacerabilità, e dall'altra parte la presenza di papule, di ulcerazioni ed i materiali saniosi da essi secreti potranno fornire il materiale settico per una più facile infezione. Donde il precetto pratico di curare ancora più scrupolosamente in simili casi la nettezza delle parti e l'applicazione delle cautele antisettiche.

Ed ora ho veramente finito: io non ho fatto che sfiorare il vasto argomento, non ho fatto che presentarvi *come riunite in un quadro* le questioni principali che si aggirano attorno ad esso, lasciando in disparte la parte terapeutica. Debbo ora aggiungere a mia giustificazione come io creda utili nel campo didattico queste esposizioni riassuntive, sintetiche. Molte volte infatti mi avvenne di osservare come nella pratica privata non si sappiano *interrogare adequatamente i fatti*, appunto perchè si ignorano tutte le questioni che da essi possono sorgere. Francamente quanti medici, per es., raccogliendo un feto macerato sanno esaminarlo secondo i criterii accennati, i quali pure possono condurci ad un risultato così importante quale si è quello di accettare o rifiutare la sifilide come elemento genetico della morte del feto? A me basta dunque l'avervi accennato le questioni che devono essere presenti al vostro spirito quando si tratti di sifilide in rapporto collo stato di maternità: a voi l'approfondirle col vostro studio.

12 dicembre 1882.

PUO' IL PALPAMENTO ADDOMINALE
CONTRIBUIRE ALLA DIAGNOSI DELLA MORTE DEL FETO?

NOTA

DEL DOTT. PAOLO NEGRI

Professore-Direttore della Scuola di Ostetricia in Novara

Se il lettore avrà la pazienza di scorrere appena la breve nota presente, vedrà che la risposta può essere affermativa; la forma condizionale della risposta fa presupporre una circostanza necessaria, e questa è che *la morte sia già avvenuta da tempo;* che *la macerazione del feto sia già avanzata.*

Con quasi identiche parole gli autori di ostetricia arrivati al capitolo *morte del feto,* si ripetono in riguardo ai segni che ne possono permettere la diagnosi: apriamone qualcuno, chè troppo lungo ed affatto inutile al nostro scopo sarebbe il voler tener conto di tutti, ed inoltre nè facile nè per mio conto possibile.

Scrivono Naegele e Grenser a pag. 119 del loro trattato (1) « Parmi tous ces signes, un seul est *certain,* c'est quand les » battements redoublés ont été d'abord nettement perçus par une » oreille exercée, et que plus tard on ne *parvient plus à les en-* » *tendre,* malgré une exploration attentive, répétée plusieurs fois, » et en faisant prendre à la femme les positions les plus variées. »

E Schroeder scrive nella 7ª edizione del suo trattato: « Certezza » assoluta della morte si avrebbe assolutamente quando, nel fare » la esplorazione *interna,* si sentisse, attraverso l' orificio uterino

---

(1) NAEGELE e GREUSER. *Traité de l'art des accouchement.* — Trad. Aubenas, Paris, 1880.

» discretamente aperto, distinto col dito il crepitio delle ossa, e
» quando, mancando altre condizioni patologiche, non si riuscisse
» più nemmanco in diverse sedute a udire il battito cardiaco (1). »

Gli autori citati finora basano la loro diagnosi sull'ascoltazione, e lo Schroeder anche sul risultato dell'*esame interno*, ma in condizioni speciali, cioè con orificio uterino abbastanza aperto, e necessariamente solo con presentazioni cefaliche, per non dire quasi esclusivamente del vertice.

Cerchiamo in qualche altro autore per vedere se anche il solo palpamento addominale possa giovare.

Il Pinard che raccogliendo in parte i frutti di osservatori e scrittori a lui precedenti, ed esercitandosi a lungo nel palpamento addominale, potè pochi anni fa scrivere un *trattato sul palpamento addominale*, così si esprime riguardo a tal punto diagnostico. Il passo che riporto è forse troppo lungo, ma è necessario il metterlo sott'occhio del lettore.

« Lorsqu'un foetus meurt dans la cavité utérine, il subit des
» modifications, ou plutôt des transformations d'autant plus accu-
» sées, qu'il séjourne plus longtemps. Tous ses tissus se ramol-
» lissent, toutes ses formes disparaissent: il n'y a plus là d'ovoïde
» foetal, mais bien une masse inerte, et bientôt informe. Aussi,
» les sensations qu'on éprouve, en pratiquant le palper dans ces
» conditions, sont-elles toutes différentes de celles qu'on constate
» quand le foetus est vivant. Mais, pour qu'il y ait une *différence*
» *sensible et bien appréciable*, il est nécessaire que la mort re-
» monte au moins à huit jours avant l'examen. Dans les premiers
» jours qui suivent la mort, les sensations sont presque les mê-
» mes, quand le foetus est accomodé, c'est-a-dire, quand la tête
» plonge dans l'excavation. La résistance céphalique est nette-
» ment perçue, et se mantient avec ses caractères, pendant cinq
» ou six jours.

» Quant à l'extrémité pelvienne, ses changement propres s'ac-
» cusent peu, mais il devient de plus en plus facile de la dé-
» placer.

---

(1) *Manuale di Ostetricia.* — Trad. Rocca. Milano 1881-82, pag. 121.

» Enfin, elle semble se rapprocher de l'extrémité céphalique, » le tronc s'incurvant, ou plutôt, s'affaissant sur lui-même. Quand » au contraire, la mort a précédé l'accomodation, quelques jours » après on trouve la masse foetale occupant le grand bassin, se » massant, se tassant de plus en plus, au niveau du segment » inférieur de l'utérus. Aussi, en pratiquant le palper dans ces » circostances, n'éprouve-t-on qu'une résistance à peine accusée, » an niveau de l'éxcavation.

» En déprimant le segment inférieur de l' utérus, le sensation » perçue est la même. Au contraire, dans la région supérieure, » on perçoit la résistence très nette du liquide amniotique. Une » ligne franchement horizontale, sépare nettement la région au » niveau de la quelle on ne trouve qu'une résistence molle, que » de l'empâtement, de celle où se trouve la fluctuation nor- » male. »

Non posso negare che il passo di Pinard non si toglie da quel qualche cosa di ipotetico e di vago, piuttosto che reale e veramente pratico, che vien ricordato dal Charpentier nel suo recente libro (1) e non è nel falso quando quest'autore soggiunge:

« S'il est permis de se rendre compte de ces diverses sensations, » lorsque l'on a pour ainsi dire assisté à la mort du foetus, il » n'en est plus de même, lorsque les malades se présentent à » l'observateur, alors que l'enfant est mort, sans que l'on ait pu » constater son existence antérieure. »

Ecco perchè anche il Charpentier non esita a dire « l'absence » des bruits du coeur, *constatée à diverses reprises*, est le signe » absolu, certain » ecc.

E qui poniamo termine alle citazioni. Ma è proprio vero che il palpamento addominale sia impotente a condurre alla diagnosi della morte del feto, anche quando questa dati da tempo parecchio, vale a dire quando le alterazioni avvenute nel feto sieno profonde?

Ricordiamoci solo lo stato di una testa di feto in avanzata ma-

---

(1) *Traité pratique de l'art des accouchements.* Paris, 1883, Tomo I, pag. 951.

cerazione: la testa io non saprei meglio raffigurarla che ad una specie di borsa contenente del liquido, della sostanza poltacea e dei corpi solidi piani o curvi a margini irregolari, l' uno dall' altro in quasi totalità separati.

Ora se le mani collocate ai lati della testa esercitano in essa una compressione, che cosa si produrrà? Quello che ottiene il chirurgo allorquando per cerziorare una diagnosi di frattura sfrega o cerca di sfregare i monconi dell' osso fratturato, l' uno sull'altro, quello che in parte si ottiene, secondo il suggerimento dello Schroeder, col dito poggiato sul capo fetale qualora l'orificio uterino sia aperto piuttosto ampiamente ed il feto si presenti con il capo (meglio con il vertice); cioè *uno scroscio.*

È questa sensazione di scroscio, diffuso, manifestissimo che io potei per ben due volte constatare in due gravide portanti feti macerati: è questo scroscio che mi fece sospettare nella prima e diagnosticare in modo quasi certo nell' ultima, questa speciale condizione patologica del feto.

Le osservazioni cliniche che ora verrò esponendo brevemente, serviranno ancor meglio ad illustrare l'argomento.

Inutile è quasi che io avverta il lettore che i due casi ho potuto osservarli nella Maternità di Milano, quando in qualità di assistente a quella ero addetto, e che il poter ora usare del materiale clinico è dovuto alla gentilezza del Prof. Domenico Chiara, attuale insegnante di Ostetricia e Ginecologia nell'Istituto di studi superiori pratici e di perfezionamento in Firenze.

Osservazione 1.ª

N. 115 del 1880. — Accolta il 26 aprile - primipara, di anni 20, stiratora: nella storia antecedente presenta ripetute forme morbose quali: febbre gastrica all'età di 12 anni, a 13 resipola facciale, a 15 catarro bronchiale, a 17 una forma catarrale alla gola, a 19 nuovamente catarro bronchiale.

Fu mestruata la prima volta a 13 anni; notò l'ultima comparsa mestruale nel principio di settembre. Durante la degenza nell'Ospizio, e precisamente nei primi giorni di maggio, fu nuovamente ammalata per catarro bronchiale diffuso che la obbligò a letto per alcuni dì.

L'esame dal punto di vista ostetrico avea dimostrata gravida la donna con feto vivo e con pelvi viziata, semplicemente piatta con una coniugata diagonale ridotta a mill. 96.

L'esame (29 aprile) avea dimostrata una presentazione di vertice

Riesaminata il 30 giugno non si riuscì più a riscontrare il battito cardiaco fetale, il palpamento addominale lasciava sentire immediatamente al disopra del pube una parte presentata ricordante il capo fetale: qualora le due mani premevano su questa parte si veniva facilmente a produrre un *sensibile crepitìo:* — ragione per cui si scrisse sulla cedola clinica *feto morto*, ma prudentemente si segnò subito dopo un punto interrogante (?).

Il 4 luglio alle 3,30 ant. la donna si sgrava (periodo dilatante durato ore 21; periodo espulsivo minuti trenta, rottura spontanea delle membrane a dilatazione completa) di una femmina *macerata*, del peso di gr. 2000. Era completamente depidermizzata e tutti i tessuti avevano preso il colore rosso cupo che suggerì al Martin la denominazione di *fetus sanguinolentus*, i tessuti erano friabili.

Il capo convertito *in una saccocia ed in essa nuotanti le ossa craniane*; la sostanza cerebrale convertita in una specie di poltiglia simile a feccia di vino, i cristallini imbevuti di ematina.

Nel cavo toracico si rinvennero i polmoni piccoli, di un rosso cupo nuotanti in copiosa quantità di liquido siero-sanguinolento oscuro; il cuore non offriva mutamenti degni di nota. Nel cavo peritoneale si rinvenne siero-sanguinolento in scarsa copia; notevolmente rammolliti il fegato e la milza; l'utero piccolo, molliccio, ma con caratteri anatomici distinti.

La placenta offriva una gravissima degenerazione fibro-grassosa, il cordone quasi interamente cancellate la volute, nessun nodo sul suo decorso, nè attorcigliamento sopra sè stesso sia all'estremo placentale che a quello ombellicale. Gli annessi pesavano complessivamente gr. 350.

Il decorso del puerperio fu *assolutamente apiretico*, ma s'ebbe ripetuta emorragia uterina in 8ª ed 11ª giornata di puerperio; ciò però non impedì alla ricoverata di abbandonare l'ospizio completamente ristabilita il 19 luglio 1880.

Non trovammo ragioni anamnestiche nè anatomo-patologiche per renderci ragione della morte del feto.

Osservazione 2.ª

N. 156 del 1882. — È accolta nell'Ospizio di Maternità il giorno 11 luglio, di professione servente, di anni 33, mestruata la prima

volta a 12 anni e da quell'epoca sempre regolarmente, fu per la prima volta gravida nel 1878, il parto fu naturale, il bambino espulso vivo a termine, il puerperio morboso per parametrite.

Io vidi la donna per la prima volta il giorno 18 luglio, quando il travaglio di parto s'era già iniziato.

L'esame dell'addome mostrava l'utero di forma ovoidea e diametro longitudinale prevalente, il *palpamento addominale* lasciava sentire in corrispondenza dello stretto superiore una parte voluminosa ma che non offeriva i caratteri dello estremo cefalico: una superficie piana in corrispondenza del margine destro dell'utero, al *fondo dell'utero a destra* un corpo subrotondo che alla pressione (qualora si eseguisse il palpamento fra una contrazione uterina e l'altra) lasciava percepire nettamente un crepitìo che io riassunsi scrivendo sulla cedola: *sensazione di testa macerata* richiamando alla mia mente la impressione avuta dal caso precedentemente esposto.

Il battito cardiaco fetale non era reperibile, il soffio uterino senza particolari caratteri si ascoltava bene nel quadrante inferiore sinistro.

Il riscontro digito-vaginale trovava il collo uterino cancellato nella parte sotto-vaginale, l'orificio era dilatato a 4 ctm. circa, le membrane ancora integre, la borsa piuttosto allungata, la parte presentata alta, sfuggevole, liscia ma non rotonda, nè dura, con caratteri richiamanti alla mente quelli dell'ovoide podalico.

La pelvi bene conformata.

Sommando quindi le molteplici impressioni si poteva pensare ad una presentazione dell'ovoide podalico con il dorso del feto volto a destra, e pensare anche alla morte del feto: in noi anzi il *reperto* del *crepitìo* in corrispondenza del corpo rotondeggiante situato al fondo dell'utero valse in un solo momento a farci certi di due cose: primo della morte del feto, secondo della presentazione dell'ovoide podalico.

Il parto si espletava il 19 luglio alle ore 9 ant., il periodo dilatante durò ore 17,45, quello espulsivo minuti 15; fu necessaria la *rottura artificiale delle membrane a dilatazione completa.* La presentazione era quella delle natiche in posizione S. I. D. P. Il feto espulso un maschio pesante gr. 2380, macerato.

Il capo fetale conservava ancora la sua forma, ma le ossa *erano in via di dissociazione*, e premendo su detto capo si provavano le identiche sensazioni avute il giorno antecedente quando

si ripeteva detta manovra in corrispondenza del fondo uterino. La placenta grossa e spappolabile null' altro offeriva di notabile. Il puerperio fu morboso per malattia intercorrente (entero-colite acuta) che permetteva però il licenziamento della ricoverata il 4 agosto.

I casi esposti mi sembrano abbastanza convincenti: li esposi tali e quali si presentarono alla mia osservazione nulla tacendo od aggiungendo; io credo che il fatto in sè stesso sia ripetutamente caduto sotto la osservazione di pratici ed anche può darsi che sopra di esso sia già stata antecedentemente richiamata l'attenzione dei cultori dell'ostetricia; con ciò voglio dire che non tengo punto alla paternità della osservazione non essendo in caso di poter troppo estendere le mie ricerche bibliografiche.

Se anche notato già da altri tal fatto, la pubblicazione delle due osservazioni varrà, io spero, a meglio fissare l'attenzione dei pratici sulla utilità che può aversi dal palpamento addominale metodicamente eseguito, anche da mani poco esperte, qualora però in esso si voglia *dolcemente insistere.*

Sarebbe qui il caso di fare qualche considerazione intorno ai rapporti esistenti fra parto, puerperio e macerazione del feto, ma è questo argomento di un mio prossimo lavoro.

CASUISTICA OSTETRICA

Dalla Clinica ostetrico-ginecologica di Firenze diretta dal Prof. Cav. D. CHIARA.

Un caso di conglutinamento dell' orificio esterno dell'utero in donna affetta da vizio di conformazione degli arti superiori *(Peromelus con perochirus)*.

Il giorno 3 dicembre 1882, verso le 10 pom., si presentò alla Maternità certa Augusta Paoli, di anni 16, di professione sarta, primipara, accusando dolori del parto. La levatrice assistente che la visitava constatò l'esistenza di leggere contrazioni uterine, ma avendo trovato col riscontro vaginale il collo dell'utero punto dilatato, credè bene di mettere la donna nello scompartimento delle gravide.

Nelle ore antimeridiane del giorno 4 i dolori si fecero più intensi e più frequenti, per cui la partoriente fu trasportata nella sala del parto. Interrogata allora la gestante circa ai suoi precedenti disse di avere i genitori tuttora viventi, sani e ben conformati; di non avere avuto mai malattia d'importanza. Fu mestruata per la prima volta a 13 anni e questa funzione si è mantenuta sempre regolare sotto ogni rispetto, senza essere accompagnata da dolori di sorta; non ha mai sofferta leucorrea. A 15 anni si maritò con un uomo sano.

Ebbe l'ultima mestruazione nei primi di marzo; dei fenomeni simpatici della gravidanza ha sofferto di vomiti e deliqui nei primi mesi; il resto decorse normalmente; non vi sono stati fenomeni che indicassero qualche stato morboso nella sfera geni-

tale; non si rammentava l'epoca nella quale avvertì i primi moti fetali.

All'esame objettivo la partoriente si presenta di statura media, ben nutrita e ben conformata per tutto fuorchè negli arti superiori che hanno la seguente viziatura congenita:

Arto superiore sinistro: Muscoli atrofici e flaccidi, l'omero è di lunghezza normale, piuttosto sottile. L'avambraccio è corto (13 centim.), flesso sul braccio ad angolo quasi retto. L'articolazione cubitale è affatto anchilosata. Le due ossa dell'avambraccio sono incurvati a concavità verso il cubito. Nella mano mancano il pollice e l'indice coi corrispondenti metacarpi. I movimenti dell'articolazione radio-carpica sono limitatissimi.

Arto superiore destro: Muscoli pure atrofici; braccio come a sinistra; avambraccio non tanto corto (26 ctm.). Le ossa sono sottili ma non deformati. L'articolazione del cubito è libera nei movimenti, come pure quella radio carpica. Nella mano il quinto metacarpo è atrofico e lo si avverte come un sottile cordone. Nel corrispondente dito mignolo manca la prima falange, le altre due sono atrofiche, lunghe 14 mm. ciascuna.

Dall'esame ostetrico si conferma che si tratti di una gravidanza a termine, semplice. Il dorso fetale si trovava in avanti ed a sinistra, l'estremo cefalico in basso. Il soffio uterino si percepiva a sinistra, i battiti fetali nel quadrante inferiore dallo stesso lato. Colla pelvimetria si trova il bacino regolare e ampio:

Circonferenza pelvica	ctm. 96
Distanza fra le spine iliache	» 25
Distanza fra le creste	» 28
Distanza fra i trocanteri.	» 30
DD. obliqui	» 24
Conjugata esterna	» 20

I genitali esterni si presentano normali. Col riscontro digitale si trova l'ostio vaginale assai dilatato, la vagina cortissima, mancanza quasi assoluta dei fornici specialmente del posteriore. Si apprezza la testa fetale impegnata nello scavo e fasciata dal segmento inferiore dell'utero, così assottigliato e così disteso che un esploratore poco esercitato avrebbe creduto la testa coperta dalle sole membrane.

Con una certa difficoltà si trova in avanti, dietro la sinfisi pu-

bica, la porzione vaginale, quasi completamente scomparsa, e rappresentata da un cercine appena rilevato. L' orificio esterno si apprezza come una leggera fossetta perfettamente obliterata da un tessuto cedevole e facilmente lacerabile.

I dolori erano allora assai frequenti ed intensi. Urgeva per conseguenza sbrigliare l'orificio esterno del collo; infatti, dopo una mezz'ora, mantenendosi questo sempre obliterato riescì al professore col solo dito esploratore a lacerare quel tessuto che a guisa di membrana sottile occludeva l'orificio esterno. Immediatamente si ebbe una dilatazione di 2 ctm. Le contrazioni però si fecero brevi e languide. Verso le 3 1|2 pom. la dilazione dell'orificio aveva progredito poco; il collo era rappresentato da un cercine sottilissimo e stretto, specialmente posteriormente, dove era come adeso alla parete posteriore della vagina stretta e resistente. Si rompe artificialmente il sacco delle acque dando esito a poco liquido amniotico. Le condizioni della donna si mantenevano buone ed i battiti fetali regolari e validi. Gradatamente i dolori si fecero più intensi e frequenti, ed alle 8 pom. si ebbe dilatazione completa. Alle 9 la testa era scesa al piano perineale compiendo il moto di rotazione; i battiti fetali però si fecero irregolari e deboli per cui si crede opportuno applicare il forcipe.

Viene estratto un feto vivo e ben conformato (peso 3400 grm., lung. 50 ctm.).

Il puerperio decorse normalmente ed al nono giorno la donna venne riscontrata e fu trovato l' utero ben involuto per l' epoca del puerperio, il collo corto, specialmente il labbro posteriore, con sfrangiature puerperali più marcate a sinistra, l' orificio esterno beante.

Il giorno stesso la donna abbandonò la clinica portando via il suo bambino che allattava da sè.

In questo caso certo non si trattava di atresia cicatriziale dell'orificio esterno, perchè contro ciò parlano l' anamnesi e l'esame objettivo. Non poteva neppure trattarsi di conglutinamento per cosidetta infiammazione adesiva (per endometrite del collo o vaginite), perchè l'anamnesi la esclude.

Secondo Schröeder, in casi simili, non si tratta altro che di un notevole restringimento, preesistente al concepimento, dell'orificio esterno. Noi però col dito esploratore sentivamo che l'atresia dipendeva da un tessuto cedevole, che in certo modo teneva occluso l'orificio, e che lacerato permise immediatamente una dilatazione di 2 ctm.

A noi pare piuttosto che il conglutinamento dipendesse da addensamento di masse epiteliali (atresia epiteliale-Spiegelberg). Egli è vero che in questi casi le contrazioni valide e la pressione del sacco sono sufficienti a vincere l'ostacolo; nel nostro caso invece questi non valsero, malgrado che le contrazioni fossero tanto forti da distendere ed assottigliare notevolmente la porzione sopravaginale che fasciava la testa impegnata nello scavo. La causa di questa resistenza ci pare stia (come osserva giustamente lo Spiegelberg per i casi simili), 1) nella posizione del collo, il quale si trovava molto in avanti, dietro la sinfisi del pube, fuori per conseguenza dell'asse del bacino e le contrazioni non andavano direttamente a versarsi sul collo medesimo; 2) nella notevole resistenza delle parti vicine e nella cortezza del collo.

Infatti questo dopo lo sbrigliamento era come un sottilissimo cercine resistente che pareva un leggero rilievo delle pareti vaginali pure resistenti. Ed è anche perciò che la dilatazione si completava tanto lentamente dopo la rottura del sacco malgrado che i dolori fossero sufficientemente intensi.

A. Bloch.

GLI ATTI

DELLA

SEZIONE GINECOLOGICA NELLA 55ª RIUNIONE DEI NATURALISTI

E DEI MEDICI TEDESCHI IN EISENACH

TRADUZIONE

del Prof. LUIGI MANGIAGALLI

1ª Seduta - 18 ottobre 1882

1) SCHULTZE (*Jena*) — **Sulla dilatazione dell'utero.**

La dilatazione dell'utero non è ancora impiegata così di frequente come lo merita, secondo la mia opinione. Sono essenzialmente due i momenti che, negli ultimi tempi, in parte hanno già esteso le indicazioni della dilatazione dell'utero ed in parte sono chiamati ad estenderle ancor di più.

Anzitutto col metodo antisettico la dilatazione è stata spogliata di quei pericoli che ad essa erano dapprima inerenti: noi possiamo oggidì esplorare la superficie interna dell'utero spingendosi col dito sino al fondo ogniqualvolta ciò sia proficuo per il diagnostico, poichè data una rigorosa antisepsi ciò non è più pericoloso della palpazione della volta vaginale.

In secondo luogo si è accresciuta la conoscenza degli stati la cui diagnosi e più ancora la cura, richiedono la dilatazione.

Sul primo punto non occorre che io insista più oltre poichè le norme dell'antisepsi sono generalmeute conosciute. Anche il mio metodo di praticare in modo sicuramente asettico la dilatazione mediante la laminaria io posso presumerlo conosciuto, e voglio solo aggiungere, riferendomi ai risultati già pubblicati che io

non ebbi mai ad osservare spiacevoli effetti nelle ultime applicazioni di laminaria che raggiungono almeno il migliaio.

Meno conosciute sono le cose che riguardano il secondo punto.

Anatomicamente è abbastanza ben definito il concetto del catarro uterino e dell' endometrite cronica, ma ad esso non corrisponde l'acutezza del nostro diagnostico. La profusa secrezione accennata nei trattati come patognomonica avverasi in una piccolissima parte dei casi di catarro del corpo uterino. La maggior parte di quelle endometriti che si rivelano colla dismenorrea, colla sterilità e con una lunga serie di sintomi nervosi irradiati e riflessi, danno una secrezione così scarsa che le donne non se ne lagnano e le traccie di essa sulla biancheria o non esistono o sono appena visibili. Pure in simili casi il fatto che del pus è secreto dalla superficie interna dell' utero può essere dimostrato raccogliendolo immediatamente alla bocca uterina, e ciò col tampone di prova da me indicato.

Io presento una serie di tali tamponi, uno preparato di recente col mezzo di cotone e di una soluzione glicero-tannica al 33 %, ed una serie che io ho collocato in sede nelle ultime 24 ore. Essi scorgono in corrispondenza del posto occupato dalla bocca uterina, come alcuni presentino un grumolo del muco normale cervicale, altri invece un grumolo o piccolo o grande di pus ovvero una imbibizione purulenta della parte superiore, nei quali ultimi reperti noi abbiamo la prova della esistenza della endometrite cronica.

La quantità di pus secreta in 24 ore è minima in confronto di quella fornita nello stesso tempo da un catarro bronchiale o da un catarro vaginale, che pure influenza meno lo stato generale. Pure esatte osservazioni e specialmente i risultati della terapia dimostrano che l'endometrite accompagnata da così lieve secrezione è accompagnata da gravi disturbi.

Donne che a lungo furono curate del loro catarro gastrico, della loro cardialgia, della emicrania e di altre affezioni nervose mediante un corrispondente trattamento generale traendone solo un soccorso palliativo, che ogni anno ritornavano dalle diverse cure balnearie migliorate solo per breve tempo, si decidono finalmente in causa della dismenorrea o della sterilità contemporaneamente esistente a farsi visitare. Ed allora un catarro vaginale concomitante lo si mette da parte, ovvero si trova un ectropio od una erosione alla bocca uterina e l'*ulcerazione* viene guarita

colla cauterizzazione: ovvero occorre una intercorrente parametrite od ooforite, e la si sottopone ad un trattamento corrispondente, e le condizioni della paziente si migliorano per qualche tempo decisamente. Ma con ciò furono messe da parte solo alcune singole complicanze: il male fondamentale, l'endometrite continua.

Applichino in una paziente simile un tampone di prova, e se esso, come il più delle volte in simili casi, vi mostra il caratteristico grumolo di marcia, dilatino l'utero colla laminaria, ne irrorino generosamente la cavità (al giorno 1-2 litri) con una soluzione d'acido fenico al 2-3 per cento, ed avranno la gioia in poche settimane, qualche volta in pochi giorni, di vedere scomparire i disturbi che duravano da anni. Anche la dismenorrea scompare e donne, dapprima sterili per l'endometrite, concepiscono.

Da una lunga serie di esperienze è data la dimostrazione che in realtà le endometritidi in apparenza lievi, se badiamo alla quantità della secrezione, sono causa di sintomi che amareggiano la vita e ne viene di conseguenza che in ogni caso di dismenorrea e di sterilità, in ogni caso di isteria, di emicrania e di dispepsia nervosa noi dovremo pensare alla endometrite cronica, ed ogniqualvolta il tampone di prova la di mostri, noi dovremo intraprendere il trattamento relativo mediante la dilatazione o l'irrigazione.

La parametrite, la perimetrite e l'ooforite contemporaneamente esistenti controindicano la dilatazione. È dunque sempre indispensabile un'accurata palpazione degli organi pelvici prima di procedere alla dilatazione: quando le sovradette complicanze esistano, alla dilatazione deve farsi procedere l'opportuno trattamento che le tolga di mezzo.

È sorprendente come molte, anche antiche endometritidi cedano alla semplice irrigazione disinfettante. Quando ciò non avvenga e la secrezione di marcia continui e l'endometrite tosto recidivi, bisogna ricorrere ad altri mezzi. Io consiglio però, prima di sottoporre ad essi tutta quanta la superficie interna dell'utero, di completare la diagnosi mediante sufficiente dilatazione. Quando non havvi retroflessione e l'endometrite è accompagnata da profuse mestruazioni o da emorragie atipiche bisogna tosto dilatare l'utero in modo che si renda possibile la palpazione diretta del fondo. Colà si trova di frequente in corrispondenza degli angoli

tubarii o della parte di fondo che sta fra essi compresa dei piccoli adenomi, la cui ablazione apporta la guarigione.

Negli ultimi due anni in 30 casi io fui condotto dalle indicazioni accennate alla dilatazione sufficiente per la palpazione del fondo. Soltanto in 4 casi non si rinvennero questi adenomi, ma o una diffusa tumefazione della mucosa, ovvero nessuna palpabile alterazione di essa. Negli altri 26 casi vennero rimossi gli adenomi e ne seguì rapida guarigione. Solo in uno dei 30 casi ne seguì reazione ed una infezione settica a cui tenne dietro una lenta convalescenza, ed in quel caso permisi che un certo numero di praticanti praticasse l'esame prima e dopo la rimozione dell'adenoma.

Per l'esame si esige una profonda narcosi, affinchè la mano esterna che attraverso le pareti addominali descrive il fondo uterino e il dito che ne esplora la cavità vengano a mutuo incontro.

Riscontrando distinte neoformazioni della mucosa uterina, peduncolate o a larga base, la loro rimozione la si compie nel modo migliore colle pinze a cucchiaia, che io presento disegnate.

La pinzetta più leggiera, retta, con cucchiaia piane è più appropriata a recidere alla loro base le neoformazioni che hanno loro sede proprio al fondo uterino. La pinzetta coll'incavatura laterale al disotto delle cucchiaia, afferra più comodamente quelle produzioni che si trovano nelle insenature degli angoli tubarii: il margine di una cucchiaia fu fatto da me rivestire di ottone per conservare meglio il tagliente di acciaio dell'altra, poichè all'efficacia della pinzetta basta che sia tagliente una delle sue cucchiaia.

Non è necessario che la pinza sia introdotta accanto al dito. Il dito applicato sulla bocca uterina ne controlla la sua introduzione mentre poi la mano che abbraccia il fondo uterino, ne controlla la sua azione. Una dilatazione di 15 mm. (nel diametro) basta all'impiego efficace della pinzetta. Io introduco in vagina indice e medio della mano sinistra ed esploro l'utero col dito medio, noto esattamente la posizione in cui è impiantato l'adenoma, e introduco, dopochè io ho ritratto il dito dall'utero, la pinzetta colla mano destra esattamente fino all'altezza corrispondente. La mano sinistra sorveglia ora il fondo dell'utero e l'azione della pinza; al posto già prima riconosciuto e determinato, apro la pinza, spingo e chiudo. Dopo avere osservato il contenuto della

pinza estratta chiusa, una nuova esplorazione dell' utero ci deve dare la certezza che lo scopo è raggiunto.

Questa terapia è sicura e rapida.

Molte volte si usa applicare a goccie nella cavità uterina non dilatata medicamenti diversi, quale il percloruro di ferro, colla siringa di Braun. Io sconsiglio ciò decisamente; ne vengono sovente serie coliche uterine che possono sembrare analoghe ad una peritonite perforativa ed il risultato è affatto insicuro: e quando io voglio applicare il percloruro di ferro sulla mucosa uterina, prima ottengo una dilatazione sufficiente e poi la inietto in quantità generosa con schizzetti che contengono 15-20 gr.

In tal modo la mucosa ammalata è medicata in modo più sicuro e durevole; e quando, facendo precedere generose irrigazioni mediante soluzioni gradatamente più concentrate, viene impedito l'accumulo di coaguli, non insorgono le coliche uterine.

E neppure io posso approvare la terapia dell'endometrite emorragica oggidì più in uso e recentemente di nuovo raccomandata da più parti, consistente nel raschiamento dell' utero senza precedente dilatazione, od almeno senza diagnosi precedente mediante l' introduzione del dito. Gli angoli tubarii e la doccia del fondo, dove il più delle volte hanno sede gli adenomi, sfuggono appunto all' azione della *curette*, mentre d' altra parte in simili casi noi dobbiamo lasciare intatto tutto il resto della mucosa uterina, il che non è senza importanza per le donne ancora atte al concepimento.

Insomma noi pretendiamo per l'utero, quanto a ragione venne già accordato ovunque nel campo medico, una diagnosi cioè possibilmente esatta prima della terapia.

Diamo ora uno sguardo ai metodi di dilatazione per quanto almeno riguarda le indicazioni accennate.

Per spingerci col dito fino al fondo dell'utero nel nostro esame non è sufficiente la incisione, eccettuati quei casi in cui il corpo uterino è già espanso per la presenza di un grosso tumore, nei quali si tratta soltanto di incidere la sezione ancora stretta della cervice. Altrimenti l' incisione non apre al dito la via sino al fondo, ove si trovano i piccoli adenomi sovraccennati, anche quando si incida fino ai limiti del parametrio.

La rapida dilatazione coi diversi dilatatori conici inventati a tale scopo, non slarga il corpo sufficientemente per potere palpare il fondo, ed inoltre, poichè il tessuto alquanto rigido

ne vien lacerato, porta con sè il pericolo della formazione di ematomi, come parecchi casi mi hanno insegnato.

La dilatazione mediante la laminaria è la più opportuna per aprirsi il varco sino al fondo dell' utero non ingrossato, anche dell'utero virgineo: essa è essenzialmente il risultato delle contrazioni uterine, essa rammollisce anche il tessuto uterino in guisa che quando colla dilatazione mediante la laminaria non ci siamo fatti uno spazio sufficiente per lo scopo che ci proponiamo, noi possiamo, senza pericolo dell' ematoma, completare la dilatazione con dilatatori meccanici. Sulla scala graduata applicata ai manici del dilatatore che vi presento, si può leggere il grado della dilatazione ottenuta. Io ho dilatatori similmente costrutti, i quali possono portare la dilatazione fino a 20 ctm. di circonferenza. Prima di penetrare con strumenti o colla mano nell'utero lo strumento serve anche a misurare la bocca uterina e la cervice.

Le proprietà infeziose della laminaria sono già conosciute a noi tutti. Io ho dato le norme alquanto minuziose ma sicure, mediante le quali l'uso della laminaria può essere reso inocuo; ove si conoscesse un processo più semplice per dilatare l'utero egualmente bene e sicuramente, esso dovrebbe introdursi nella pratica in luogo della laminaria. Schatz ci ha dato recentemente per la dilatazione dell'utero uno strumento, il *Metranoicte*, che io loro presento.

La dilatazione col *metranoicte* riesce molto più dolorosa che non con la laminaria ed usandolo mi venne la tentazione di far derivare la parola anzichè da νοίγνυμι (aprire) da σνοιχτός (privo di compassione). E con ciò ne segue una dilatazione appena appena più rapida che non colla laminaria, e neppure è più comodo per il medico, poichè richiede ripetute irrigazioni disinfettanti dell'utero, essendochè nei luoghi della più grande pressione avviene una parziale necrosi della mucosa.

Non è naturalmente dallo strumento per sè che parta la infezione, ed in ciò sta appunto in molti casi un vantaggio del *metranoicte* di fronte alla laminaria, in quei casi cioè in cui il menomo tocco della mucosa uterina provoca emorragia, nei quali quindi difficilmente può essere riempita una indicazione essenziale per l'applicazione asettica della laminaria. Per tali casi rari io raccomando lo strumento.

(L'autore accenna qui brevemente ad alcune modificazioni da

lui introdotte allo strumento, e di cui tralascio la descrizione perchè senza figura non sarebbero molto intelligibili per il lettore).

Per applicare o per rimuovere il metranoicte come pure la laminaria io pongo sempre la donna sui cubiti e sui ginocchi.

Negli accennati casi che occorrono raramente io impiego tale strumento, la cui applicazione apporta quasi sempre lesioni, solo dopo chè ho irrigato l'utero con una soluzione fenica, ed il più delle volte per altro quando ho già avviato la dilatazione mediante la laminaria.

Per dilatare l'utero in modo sufficiente per la irrigazione io uso esclusivamente la laminaria. Per poi mantenere l' utero dilatato quando giornalmente occorra rinnovare le lavature, presta eccellenti servigi il *dilatatore a becco*, di cui io ho fatto costruire tre differenti grandezze. Io l' applico egualmente nella posizione accennata e lo faccio agire da mezzo a due minuti. Il suo impiego è doloroso, ma il dolore non oltrepassa la durata dell' applicazione. L'irrigazione fenica precede e segue senza eccezione il suo uso. L'effetto della sua applicazione ripetuta può mantenersi per settimane. In molti casi ebbi l'occasione di constatare come si conservasse ancora la dilatazione della cervice e dell' orificio interno un anno più tardi. Per la durata della sua azione, sia detto di passaggio, lo strumento si raccomanda per il miglioramento di alcune condizioni che si oppongono al concepimento.

Se l'utero è retroverso o retroflesso non conviene la curva dello strumento calcolata sulla normale antiflessione dell'utero ed allora io mi servo di un dilatatore egualmente costrutto ma retto.

Dell' incisione io mi servo quasi esclusivamente contro la stenosi primaria dell'orificio esterno e contro le stenosi cicatriziali le quali resistono alla laminaria ed al dilatatore e che si osservano, specialmente dopo antecedenti cauterizzazioni, lungo il canal cervicale e con gran frequenza all'orificio interno. Lunghe incisioni nella mucosa uterina infino al corpo uterino mi hanno dato risultati durevoli in casi di dismenorrea membranosa.

Per l' irrigazione dell'utero io mi servo di semplici cateteri che vengono innestati sul tubo di gomma di un irrigatore. Io adopero cateteri di quattro differenti curve per le diverse posizioni e forme dell'utero. Il calibro più di frequente adoperato è di 4 $^1/_2$ a 5 $^1/_2$ mm. Quando la dilatazione si spinse più oltre per l'esplo-

razione digitale dell'utero e per maneggi operativi, allora io adopero cateteri da 8 a 10 mm. di diametro, quali uso da lungo tempo per l'irrigazione dell'utero puerperale. I cateteri hanno al davanti e lateralmente delle aperture discretamente ampie. Il riflusso del liquido avviene liberamente all'ingiro lungo il catetere. L'irrigazione pulisce tanto meglio, quanto maggiore è l'attrito con cui il liquido di lavatura scorre lungo la parete uterina. Tutti i cateteri a doppia corrente, anche quello di Bozeman e le sue diverse modificazioni agiscono meno bene in quanto che il meccanismo, che assicura il riflusso, sottrae alla irrigazione una considerevole sezione della superficie interna uterina.

Anche le pareti del canale uterino dilatato, allo stato di vacuità, sono naturalmente a mutuo contatto, ma esse sono rilasciate. Il catetere introdotto le allontana l'una dall'altra e la pressione del liquido che rifluisce le costringe ad allontanarsi ancora di più. Avviene anzi che un sottile catetere il quale abbia un debole getto non permetta alcun riflusso, mentre sostituendo ad esso un catetere più robusto, la più alta pressione del liquido lo costringe a refluire fra catetere e parete uterina nettando questa in modo più completo. E non insorgono perciò coliche uterine.

Quando poi si pratichi l'irrigazione ponendo la donna sui gomiti e sui ginocchi e mentre è applicato lo speculum a cucchiaio l'occhio ci fa tosto accorti quando non sia più libero il riflusso: ed allora premendo alternativamente sulla parete anteriore, posteriore o laterale, lungo la parete opposta fluisce il liquido abbondantemente. Si può anche afferrare con una pinza l'orlo della bocca uterina e tenendo fermo questo, comprimere in senso contrario col catetere dilatando così la cervice e rendendo libero il deflusso. Se l'ostacolo al deflusso sta in corrispondenza dell'orificio interno, del che ci facciamo accorti ritraendo a metà il catetere, allora si estrae del tutto e per un minuto si applica il dilatatore a becco, dopo di che il liquido rifluisce sicuramente a pieno getto.

DISCUSSIONE.

Bandl (Vienna) crede che nella leucorrea si tratti molto più soventi di catarro del collo che non del corpo dell'utero, specialmente quando contemporaneamente il collo sia fissato all'indietro ed in tali casi in seguito alla concomitante metrite lo si sente

duro ed ispessito in paragone del corpo più piccolo e più molle. Ad ogni modo la dilatazione guarisce anche questi catarri cervicali, e ciò fa pure la discissione, la quale colla perdita di sangue che l'accompagna influenza favorevolmente non solo l'endometrite ma la concomitante metrite del collo. Il tampone di prova dello Schultze non ci dice però se il secreto provenga dal collo o dal corpo. Molto importante per la diagnosi è il modo con cui si comporta l'intiero utero di fronte alla sonda. — Un utero idealmente costrutto è retto? è leggermente inclinato all'avanti e a partire dalla vagina la massa dell'organo diventa sempre più grande. Se, posta la donna in posizione laterale, si fanno traimenti sopra un tale utero mediante un uncinetto, la sonda penetra sino al fondo facilmente senza urtare in alcuna resistenza. Se il lume dell'organo si mostra ristretto nella parte superiore del collo ciò avviene per l'accennato inspessimento patologico della parete cervicale. Ovvero il collo in seguito al catarro è dilatato dall'orificio esterno all'insù e al disopra di questo tratto dilatato si trova uno stringimento, che può corrispondere all'incirca all'orificio interno. Inoltre vi sono dei casi in cui corpo e cervice sono proporzionalmente dilatati: allora havvi contemporaneamente catarro del corpo e del collo. Ove egli intraprenda injezioni nell'utero, egli le pratica senza precedente dilatazione. Molto più di frequente egli ripulisce l'utero strofinandone la cavità con un bastoncino avviluppato nel cotone ed immerso nel percloruro di ferro.

J. Veit (Berlino). Al trattamento dei catarri uterini dovrebbe sempre precedere la diagnosi differenziale fra catarro del corpo e della cervice. Una secrezione puramente catarrale parla a favore di un catarro cervicale, se accompagnata da emorragie a favore di un catarro del corpo. In una diagnosi speciale può diventar necessario incidere la cervice, specialmente se essa è ampia nella sua parte superiore, stretta nella zona inferiore da incidersi. Per la diagnosi del catarro del corpo si può col cucchiaio tagliente portar fuori un pezzetto di mucosa e sottoporlo ad esame microscopico. Il tampone di prova non ci dà un criterio abbastanza esatto per la diagnosi. Riguardo la terapia egli ritiene necessaria la dilatazione solo nei casi di stenosi; il trattamento endouterino (raschiamento, iniezioni colla tintura di iodio, lavatura col catetere di Fritsch e così via) è praticabile anche senza dilatazione.

Leopold (Lipsia). I catarri si comportano affatto differentemente

nelle nullipare e nelle multipare. Nelle prime l'orificio interno dovrebbe essere inciso per regola, e da ciò non ebbe mai a lamentare danni. Altrimenti egli imprende come Schultze la dilatazione colla laminaria e cogli stessi risultati. Al raschiamento del corpo egli manda innanzi la dilatazione. Invece delle iniezioni endouterine egli si serve a preferenza della pulitura con stuelli di cotone.

Schultze non ha voluto estendersi sulla diagnosi tra catarro del corpo e del collo, onde non oltrepassare ancora più di quello che egli già fece, il tempo misurato. — In riguardo ad essa egli si riferisce alla sua prima comunicazione sul tampone di prova, pubblicata nel *Centralblatt für Gynäologie.* Quando il collo uterino non offra alcuna anomalia alla palpazione ed alla ispezione, si può essere abbastanza sicuri che la marcia trovata sul tampone di prova provenga dal corpo uterino. Accanto ad un considerevole catarro del collo che dà una secrezione molto abbondante, un catarro del corpo può anche facilmente sfuggire all'osservazione.

Egli ritiene affatto insicura la diagnosi fatta su pezzetti di mucosa raschiati od escisi ed egualmente insicure le indicazioni fondate su tale diagnosi. Si esamina il pezzetto di mucosa esciso e questo la si trova normale, eppure nel fondo può esservi il piccolo adenoma e restare colà in sicurezza per lungo tempo. Ovvero la *curette* è riuscita felicemente nel raschiamento di prova ad esportare il corpo del delitto, il piccolo adenoma e con ciò la terapia avrebbe già avuto il suo compimento, ma ove si voglia conchiudere dall'esame del piccolo pezzo esportato allo stato di tutto il restante della mucosa, si dovrebbe ritenere necessario il raschiamento di tutto il restante della mucosa, fosse anche sano.

Olshausen (Halle a/S). Crede egli pure che la maggior parte dei catarri uterini possa essere trattata senza dilatazione. Per procedere più sicuri e perchè le piccole produzioni adenomatose della mucosa del corpo non passino inosservate si dovrebbe intraprendere la dilatazione, ma solo quando se ne abbia fondato sospetto. Il procedimento di Schultze anche in riguardo all'antisepsi gli pare penoso e richiedente troppo tempo. Per la maggior parte dei casi non è necessario. Certamente col dito si può esaminare meglio la cavità uterina che mediante la sonda e la curette. Egli si serve molto del catetere Bozeman-Fritsch, che egli migliorò in ciò che l'apertura della cannula interna invece di

trovarsi ai lati, venne collocata all'estremo superiore, così il liquido deve scorrere in giù dal punto più alto dell'utero.

Leopold. La sonda spesse volte può dimostrare sporgenze della mucosa più facilmente che il dito.

Bandl si serve solo di un'ordinaria sonda uterina del diametro di 3-4 mm. Contro Leopold egli sostiene, in base alla sua esperienza, che l'incisione dell'orificio interno può essere molto pericolosa sino a morirne la donna di emorragia. Del resto già si è di opinione discorde su ciò che s'intende per « orificio interno. »

Schultze ritiene il dito in confronto della sonda come il più sicuro strumento per il riconoscimento dei piccoli e molli adenomi della mucosa. Egli sostiene contro Olshausen che il suo procedimento è appropriato non solo nelle Cliniche ma anche nella pratica privata. Egli desidera in modo speciale che la diagnosi e la terapia dell'endometrite cronica acquisti diffusione fra i medici pratici; la tecnica del processo, come pure le cautele antisettiche sono facili ad apprendersi. La norma più essenziale di precauzione si è di esplorare esattamente la pelvi onde procrastinare la dilatazione quando si rivela la presenza anche di una minima affezione flogistica del parametrio.

Kugelmann (Hannover). Catarri cervicali follicolari possono anche occorrere senza erosione della porzione vaginale. La diagnosi è facile a farsi mediante punture colla lancetta da scarificazione che condnce a giorno il secreto gelatinoso caratteristico, ed esse agiscono anche terapeuticamente.

Schultze osserva ancora che un risultato negativo del tampone di prova non sempre può valere come prova che non ci sia catarro, poichè quando siavi un alto grado di stenosi, non ogni giorno può farsi strada all'esterno il secreto dell'utero affetto da catarro. Allora devono essere impiegati altri metodi ad assicurare la diagnosi, in prima linea la sonda.

Leopold osserva a Bandl che mediante superficiali incisioni si possono evitare forti emorragie colla discisione.

P. Müller. Secondochè si tratti di una nullipara o di una multipara ed a seconda dello scopo da raggiungersi deve scegliersi un diverso metodo di dilatazione. Egli cura i catarri senza dilatazione mediante il raschiamento e le iniezioni di concentrate soluzioni feniche e più tardi di tintura di iodio con lo schizzetto di Braun.

SULLA
TERAPIA DELLA SEPSI PUERPERALE

SECONDO LE ESPERIENZE FATTE

nel triennio dal 1 luglio 1879 al 1 luglio 1882

nella 2ª Clinica Ostetrica

del signor Prof. **Breisky** a Praga

PER CURA

DEL DOTT. GUGLIELMO FISCHEL

Assistente alla 2ª Clinica Ostetrica

Traduzione del Dott. **ALBERTO BLOCH**

Assistente alla Clinica Ostetrico-Ginecologica del R. Istituto Superiore di Firenze

---

(*Continuazione*, V. N. 1, pag. 45).

Così in una serie di casi abbiamo visto sparire per crisi tutti i fenomeni morbosi, avanti tutto la febbre e la pronta guarigione della ferita cauterizzata; più raramente si è osservato una guarigione per lisi, che durava 2-3 giorni; soltanto eccezionalmente è stato necessario di ripetere la cauterizzazione.

Sopratutto ha il vantaggio questo metodo curativo di impedire l'estensione dell'infiammazione settica lungo le vie linfatiche e del tessuto connettivo, cosicchè la parametrite attualmente appartiene alle forme morbose più rare nella nostra Clinica.

Facendo astrazione dal dolore urente, non però di lunga durata, che produce la cauterizzazione colla tintura di jodio, non abbiamo mai osservato nessun effetto nocivo da questo mezzo, anche quando furono cauterizzate superficie grandi della vagina.

Perciò dobbiamo preferire la tintura di jodio a tutti gli altri più intensi mezzi caustici, che non hanno una vera azione antisettica, specialmente all'acido nitrico concentrato. Le applicazioni di quest' ultimo e del ferro incandescente, che crediamo mezzi

molto adatti, però in casi di estese superfici malate, potranno difficilmente evitare il pericolo della stenosi e della completa atresia cicatriziale della vagina e della vulva La teoria sull'azione della tintura di jodio, da noi adoperata, va intesa in modo seguente: il jodio uccide i microorganismi contenuti nelle masse necrotiche della superficie ulcerosa ed impedisce così la loro diffusione ulteriore nella profondità dei tessuti e nei secreti. Così l'organismo affetto diventa in grado di eliminare gradatamente e di rendere innocua l'azione deleteria delle sostanze settiche che circolano già nei suoi succhi, nei quali non se ne versano altre. In aggiunta al sopradetto voglio rammentare che recentemente abbiamo adoperato anche il jodoformio e la naftalina per il trattamento delle ulcere settiche dei genitali; tutti e due questi mezzi hanno un'azione permanente, ma lenta e leggermente disinfettante, in modo poco diverso dell' emulsione canforata, sperimentata da noi per molti anni. Questi mezzi non possono sostituire le cauterizzazioni colla tintura di jodio nei casi gravi, nei quali sono adoperati da noi soltanto dopo previa cauterizzazione.

I mezzi adoperati da noi per portar via e disinfettare i secreti lochiali, facendo astrazione dalla segale cornuta, disgraziatamente non sempre sicura, sono le irrigazioni vaginali ed intrauterine, temporarie e permanenti; i liquidi preferibilmente usati sono: le soluzioni deboli e forti d'acido fenico ed acqua di cloro.

L'azione comune di tutte le irrigazioni consiste nell'allontanare i secreti stagnanti direttamente ed in modo indiretto provocando contrazioni uterine. L'azione disinfettante più o meno forte delle irrigazioni non è tanto importante pei secreti, i quali alla fine sono portati via, quanto per la superficie interna dei genitali e per le sostanze settiche ad esse attaccate.

Se noi vogliamo formarci delle idee chiare sui vantaggi e sui danni che dai diversi metodi di irrigazione si possono avere, dobbiamo considerare ad uno ad uno tutti i fattori dai quali si compone la loro azione.

L'azione dinamica delle irrigazioni, provocando contrazioni dei muscoli del canale utero-vaginale, cresce in ragione diretta dell'altezza dalla quale cade il liquido; quest' azione è molto più marcata nelle irrigazioni interrotte, temporarie che nelle permanenti, dove l'utero ubbedendo alle comuni leggi delll' irritabilità muscolare e nervosa, presto non reagisce più con energia alla

continua e debole eccitazione. L'azione meccanica delle irrigazioni, nel detergere il canale genitale, cresce pure in ragione diretta dell'altezza dalla quale cade il liquido; quanto maggiore è quest'altezza tanto più viene disteso il canale genitale; tutte le pieghe ed incavi vengono appianati e così la corrente del liquido va in contatto con tutte le superfici e le deterge.

Al contrario quando l'altezza è piccola ho potuto osservare che le pareti vaginali formano delle pieghe e la debole corrente del liquido scorreva solamente per certe determinate docce, mentre in altri punti i lochi ristagnavano fra le pieghe vaginali; in questo modo grandi superfici andavano sottratte all'azione antisettica del liquido, anche quando le irrigazioni duravano delle ore.

Siccome nelle irrigazioni intrauterine specialmeute nelle permanenti, il liquido, affinchè non produca sensazioni dolorose nella vagina e non penetri nelle grandi vene uterine, bisogna che cada da un'altezza piccola, mentre nelle irrigazioni temporarie vaginali la pressione del getto del liquido deve, senza danno, essere 3-4 volte maggiore, così risulta chiaro che l'effetto meccanico nel portar via i secreti possa essere più proficuo dalle irrigazioni vaginali temporarie che dalle permanenti e dalle stesse intrauterine.

Se paragoniamo ora le irrigazioni intrauterine temporarie colle permanenti, relativamente al loro effetto meccanico, astrazione fatta dall'altezza maggiore da cui debba cadere il liquido nelle irrigazioni temporarie, troviamo che le prime detergono la superficie uterina più completamente per la ragione che la canula, introdotta sulla guida del dito messo nel collo dell'utero, può essere diretto su qualunque lato della cavità uterina; mentre le seconde, trovandosi la canula in posizione fissa, facilmente e spesso rimangono sottratte all'azione del liquido grandi superfici della cavità uterina.

Però dobbiamo concedere alle irrigazioni permanenti il rilevante vantaggio di portar via continuamente i secreti e d'esercitare l'azione antisettica continua su quelle superfici sulle quali agiscono. Questo vantaggio, che ha base teorica e ch'è sostenuto da tutte le parti, sarà però molto leggero per la ragione che il ristagno dei lochi nella cavità uterina appartiene alle cause più rare della febbre puerperale e può essere combattuto con mezzi meno dannosi ma egualmente efficaci. In quanto all'azione disinfettante delle irrigazioni si può dire che essa dipende dalla natura e con-

centrazione del liquido scelto. Oggigiorno intanto, come lo dimostrò due anni fa il Prof. Breisky, è comunemente riconosciuto che questa azione in ogni modo non debba essere che molto superficiale.

Le irrigazioni siano esse temporarie o permanenti, vaginali od intrauterine possono portare risultati splendidi, allorquando le sostanze settiche aderiscono molto leggermente alla superficie od almeno non hanno ancora oltrepassato lo strato cellulare più superficiale.

Questo caso può verificarsi soltanto immediatamente dopo il parto, quando i germi infettivi penetrati da poco tempo nella cavità uterina, possono essere completamente allontanati e resi innocui; e quando anche una parte di essi sia penetrata nel torrente sanguigno della puerpera ed abbia provocati fenomeni morbosi gravissimi, si può ottenere colle temporarie irrigazioni intrauterine antisettiche un esito di guarigione veramente meraviglioso.

Ma per essere sicuri dell'esito in simili casi, trattati anche molto presto, bisogna servirsi dell'acqua fenicata al 4-5 % o della clorina liquida officinale diluita con 5 o 3 parti d'acqua. Mentrechè bisogna adoperare con una certa cautela l'acqua fenicata al 5 %, perchè in alcuni individui può produrre delle superficiali cauterizzazioni della vagina e della pelle, che da parte loro possono essere punti di origine di un'erisipela settica, ho adoperato invece, in casi disperati, la soluzione concentrata di una parte di clorina liquida con 2 parti d'acqua senza nessun danno.

Si trattava di puerpere con fisometra, dove la putrefazione nell'utero esisteva già da 1 a 2 giorni e dove durante il parto si ebbero brividi di freddo tremendi con aumento della temperatura fino a 41° C. e 41,5° C. e dove si doveva combattere il collasso per infezione settica ed un polso piccolo, frequente ed appena percettibile. In uno di questi casi si ebbe dopo di ciò un puerperio del tutto afebbrile, mentre in un altro caso la puerpera ebbe a sopportare una febbre in seguito alla cauterizzazione con acido fenico ed un'escoriazione in vagina, ma ben presto si ebbe la guarigione. Le soluzioni fenicate al 2 % esercitano un'azione antisettica molto leggera; se inoltre noi non siamo sicuri che l'acqua adoperata sia pulita, l'aggiunta a questa di 2 % d'acido fenico basta appena per disinfettare e rendere innocui gli organismi in putrefazione contenuti in essa.

In quanto ai disinfettanti che si devono adoperare per le irrigazioni temporarie e permanenti, e in quanto al grado di loro concentrazione, noi troviamo che per le irrigazioni temporarie, specialmente intrauterine, che già devono essere fatte sempre dal medico stesso, possono essere impiegati i mezzi più forti, più energici. La soluzione fenicata al 5 %, l'acqua di cloro concentrata, perfino le soluzioni di sublimato, possono essere adoperate impunemente dal medico, che ha tutte le necessarie cautele. Per le irrigazioni permanenti, siccome vengono affidate al personale di servizio, debbono essere adoperate le medesime soluzioni disinfettanti più leggere, ed anche con queste abbiamo osservato cauterizzazioni ed in singoli casi intossicazioni per acido fenico. Se noi volevamo che l'irrigazione permanente non fosse molto inferiore alla temporaria nella sua azione disinfettante, la facevamo precedere da una temporaria con una soluzione più forte degli stessi disinfettanti.

Se ora domandiamo, come si presenta, in casi opportunamente scelti, l'azione delle irrigazioni, troviamo che spesso la temperatura, il polso e gli altri fenomeni concomitanti, qualche volta accompagnati da un nuovo brivido di freddo, subiscono un notevole aumento, ma che dopo, in altri casi anche senza tale esacerbazione, subentra una diminuzione di tutti i sintomi per crisi, in rari casi per lisi, e la malata dopo 3 fino a 24 ore diventa afebbrile. In alcuni casi succede un'altra ma più leggera esacerbazione, che però retrocede spontaneamente, dopo di che segue generalmente uno stato afebbrile definitivo e principia la convalescenza.

Queste osservazioni cliniche, a posteriori descritte, stanno in perfetto accordo colle nostre opinioni aprioristiche sull'azione che in generale si può attribuire all'irrigazione antisettica.

Se innanzi l'irrigazione vengono portati via ammassi solidi contenuti nell'utero, come per esempio coaguli, resti di placenta, di decidua e di corion, se quindi va portato via il contenuto liquido e rese innocue la superficie e le sostanze settiche ad essa attaccate per mezzo di un efficace disinfettante, allora l'organismo della puerpera si troverà più sotto l'influenza di quelle sole sostanze settiche in soluzione od in forma corpuscolare, che sono già penetrate nella profondità dei tessuti e nei succhi. A queste sostanze sole si debbono attribuire l'esacerbazione della temperatura dopo l'irrigazione e la riaccensione della febbre dopo che

sia avvenuta la defervescenza. Se la puerpera può sopportare questa prima invasione, essa è salvata, essendo impossibile un nuovo attacco per essere stato bene disinfettato il principale focolajo dei veleni settici.

Se però dietro l'irrigazione non si verifica tale effetto splendido, allora questo ci indica che maggiori accumuli di sostanze settiche si sono depositati negli strati più profondi dei tessuti, che per mezzo dell'irrigazione superficiale non possono essere resi innocui.

Da questi nostri concetti risulta, che noi riteniamo cosa affatto inutile le ripetizioni delle irrigazioni intrauterine e che noi le restringiamo al minimum nella pratica e tutto al più le intraprendiamo in quei casi soltanto dove abbiamo qualche probabilità che la prima irrigazione non sia stata convenientemente eseguita. Noi quindi potremo permetterci la ripetizione delle irrigazioni intrauterine o la sostituzione di queste colle irrigazioni permanenti vaginali ed intrauterine soltanto in quei casi eccezionali, dove non si riesce a portar via completamente particelle solide di tessuti dalla cavità uterina o dai punti lacerati o contusi del collo o della vagina.

Quale scopo potrebbe avere la ripetizione dell'irrigazione? Una volta detersa la cavità uterina e portato via il secreto infetto, i secreti di nuova formazione non potrebbero contenere altre sostanze in soluzione od in forma corpuscolare che quelle portate colla corrente dalla profondità alla superficie; se poi non ha luogo un ristagno dei secreti, non si può ammettere che siano di nuovo assorbiti. Ma un ristagno dei secreti si può combattere con altri mezzi più leggeri e meno dannosi.

Non possiamo attualmente dimostrare che quelle guarigioni, una volta osservate da noi in puerpere trattate colle ripetute irrigazioni, non fossero effetto di quest'ultime. Se però le continuate irrigazioni intrauterine fossero affatto innocue nei singoli casi di esito infausto non osiamo in nessun modo affermare.

Lo stesso è da dirsi delle irrigazioni permanenti, le quali, astrazion fatta dal livello più basso e dai mezzi disinfettanti meno potenti con cui sono fatte, sono in generale meno efficaci delle temporarie.

Che in generale sia nata l'idea delle irrigazioni permanenti e che questa abbia trovato tanti partigiani e tanti imitatori, si spiega cogli insuccessi che si sono avuti dalle irrigazioni temporarie; ma ciò non è fondato su ragioni plausibili.

Quegli insuccessi non dipendono da circostanze che possono essere remosse colle irrigazioni permanenti, ma invece dipendono dalla scelta inopportuna dei casi, dalla insufficienza della diagnosi di sede e del meccanismo dell'infezione. Se è avvenuta un'infezione per innesto, non la si può troncare nel suo corso colle irrigazioni prolungate anche per dei giorni. In simili infezioni per innesto dei genitali esterni ci siamo spesso persuasi, che sotto le irrigazioni permanenti le ulcere gialle si facevano sempre più estese e davano luogo ad ascessi perivaginali e delle grandi labbra e portavano alla sepsi linfatica e tromboflebitica. Che l'infezione per innesto debba essere combattuta con più efficacia dalle irrigazioni permanenti non vi ha nessun fondamento aprioristico nè alcun fatto sperimentale.

Noi possiamo inoltre fare un'altra obiezione alle irrigazioni permanenti, la stessa che da molte parti si fa all'uso degli antipirettici interni nella febbre puerperale, cioè che la sua azione non sia diretta, ma sintomatica; cosicchè non sappiamo se l'abbassamento della febbre dipende dall'essersi troncato il processo infettivo settico o che quest'ultimo continui nel suo andamento deleterio, malgrado la deffervescenza.

Le irrigazioni permanenti intrauterine fatte con un liquido alquanto freddo sottraggono il calore in alto grado. Quest'azione è analoga a quella del bagno e degli impacchi freddi; come questi qualche volta non corrisponde e può mostrarsi indipendentemente dal decorso della malattia. In appoggio di questo ci permettiamo di citare la seguente osservazione.

Sofia Braun, d'anni 25, Ipara, fu ammessa nella 2ª clinica ostetrica il 16 dicembre 1880. Essa ha goduto sempre ottima salute e non ha avuto nessun disturbo durante la gravidanza. Ebbe l'ultima mestruazione il 24 marzo; anche dall'esame obbiettivo risulta che si trovava alla fine della gravidanza.

Era di statura media ben nutrita e di costituzione robusta. Il calore della pelle era leggermente febbrile, il polso frequente.

All'esame ostetrico, fatto alle ore 7 ½ ant., si trovò il bacino esternamente ampio, il fondo dell'utero nel mezzo fra la cicatrice ombellicale e l'apofisi ensiforme. Il soffio uterino si percepiva nella regione ipogastrica sinistra, i battiti cardiaci fetali non si sentivano. Il feto si presentava in prima posizione del vertice.

Dai genitali esterni pendeva un'ansa assai lunga del funicolo,

non pulsante ed ancora fresco. La vagina, liscia ed assai ampia, era urente. Il collo era aperto, l'orificio dilatato quanto la circonferenza d'un fiorino. Il funicolo ombellicale scendeva fra la parete anteriore del bacino e la testa in parte impegnata nello stretto superiore.

Riflettendo che in simili casi mi è riuscito ancora a salvare il feto, m'accinsi subito a praticare la riposizione del funicolo, avendo messo la donna in posizione sui ginocchi; ma non riuscii in questo tentativo perchè l'orificio interno cingeva fortemente la testa fetale.

In seguito constatai che i primi dolori del parto cominciarono il 15 dicembre verso le 8 pom. e che il liquido amniotico scolò alle ore 4 ant. del giorno 16.

Alle 10 ½ ant. l'orificio era dilatato di 6 ctm. di diametro; il feto ci pareva piccolo, perchè le due fontanelle si trovavano vicine. Siccome non esisteva nessun ostacolo al parto spontaneo, eccetto i dolori un poco deboli, così noi avevamo al principio l'intenzione di lasciarlo alla natura. La temper. era 38,7° C. Per riattivare un poco i dolori fu ordinato un bagno tiepido ed irrigazioni vaginali. T. 39,5° C. P. 120. Dopo il bagno, alle 12 ½ pom., si osservò sulle estremità inferiori un esteso esantema di colore rosso cupo, somigliante a quello scarlatinoso. Questo ci mise un poco in apprensione, perchè l'esantema non poteva essere che un prodromo dell'infezione settica o del vajuolo; così ci siamo decisi di perforare il cranio per accellerare il parto. Alle ore 1 ¼ pom. si eseguì la perforazione e quindi fu messo la donna di nuovo in un bagno. Alle 4 ½ pom. fu estratta la testa col cranioclaste per completa mancanza di dolori. Si suturò una lacerazione superficiale della mucosa dell'ostio vaginale e quindi fu fatta una buona irrigazione intrauterina coll'acqua fenicata al 5 %.

Il feto era di sesso femminino, lungo 51,2 ctm. e pesava 2540 grammi senza cervello, sangue e meconio, e come la placenta e le membrane non presentava segni di putrefazione.

Dopo il parto la donna aveva la T. di 37,2° C. ed il P. 100, e noi speravamo che dovesse passare un puerperio normale.

Intanto la sera, verso le 10 ¼, la T. salì a 40,1° C. ed il P. a 144. A mezzanotte intrapresi le irrigazioni intrauterine permanenti con acqua fenicata al 2 %, giacchè non poteva ancora escludere la natura settica della febbre. Queste irrigazioni continuai fino alle 6 ant. del 17 dicembre. La T. scese a 35,8° C. ed il P. a 100. La puerpera fu messa in un letto asciutto.

Inoltre lo stato della donna era molto inquietante. La lingua era secca, molto coperta, la pelle umida, l'utero indolente arrivava quattro dita trasverse sopra la sinfisi pubica. Il ventre era trattabile, non meteorizzato, insensibile alla pressione. I genitali erano leggermente edematosi, i lochi sanguigni. Eravi euphoria subbiettiva ed esaltazione psichica.

La puerpera parlava molto lesto e concitato. Vomitò dopo avere preso qualche cucchiajo di vino caldo. Alle 8 $^3/_4$ ant. le entrò un brivido spaventevole che durò 30 minuti. Alle 10 $^1/_4$ essendo la T. 40,8° C. ed il P. 166, si riprendono di nuovo le irrigazioni permanenti intrauterine che si continuano fino alle 2 $^1/_4$ pom. La T. scese a 36,5° C. Alle 5 pom. subentrò forte cefalea ed irritazione alla tosse ed alle 5 $^1/_2$ cominciò un nuovo brivido di freddo che durò 30 minuti, dopo di che la T. salì e 41,4° C. ed il P. a 152, il R. a 36. Alle 6 $^3/_4$ di sera si rinnovano per la terza volta le irrigazioni permanenti che si continuano fino alle 4 $^3/_4$ ant. del giorno 18 dicembre. Alle 11 $^1/_2$ pom. la T. era scesa a 38° C. e dopo salì a 40,9° C. durante le irrigazioni. Alle 8 di sera vomito.

La mattina del 18 noi trovammo la donna in stato seguente: T. 41,4° C. P. 148, lingua coperta, non più cefalea; il ventre piatto, non dolente neppure alla forte pressione; l'utero indolente quattro dita al disopra della sinfisi. I genitali esterni normali, i lochi come lavatura di carne, scarsi. La puerpera accusava dolori sacrali. L'esaltazione psichica continuava sempre forte.

Sul viso, ventre, dorso e coscie si notavano piccole papule sparse. Allora soltanto divenne certa la diagnosi di vaiuolo. La malata ebbe ancora altri accessi di vomito. Il giorno seguente fu trasferita nella sezione delle vaiuolose, dove guarì perfettamente. Non credo si possa ritenere che le notevoli oscillazioni della temperatura siano indipendenti dalle irrigazioni permanenti intrauterine, inquantochè nello stadio iniziale del vaiuolo si sogliono avere bensì ripetuti brividi di freddo, ma non sono mai interrotti da abbassamenti di temperatura così rilevanti.

Dopo avere tracciato il quadro sui vantaggi dei diversi metodi di irrigazione e dopo avere precisato, un poco più chiaramente di quello che non lo sia stato fino ad ora, i limiti per la loro applicazione, ci sia permesso di schiarire un poco, in base alle nostre osservazioni, i danni che accompagnano questi metodi di irrigazione nel trattare le malattie settiche puerperali.

Diremo solo brevemente dei pericoli della cauterizzazione, che non sono sempre evitabili, quando si adoperano le soluzioni concentrate (5 %) di acido fenico. Negli anni precedenti abbiamo visto un paio di volte queste cauterizzazioni, ed abbiamo osservato anche le erisipele migranti consecutive ad esse.

Le escoriazioni che si producono qualche volta nella vagina e nella vulva erano prese in singoli casi, dall'infezione settica ed erano diventate punti d'origine di gravi malattie, finchè continuammo a trattarle colle irrigazioni.

Frattanto queste cauterizzazioni si possono ridurre al minimum, quando le soluzioni sono preparate con molta precisione e quando si asciugano bene le natiche. Però dobbiamo mettere come regola molto importante, che simili irrigazioni, anche quando sono fatte soltanto in vagina, debbono essere sempre eseguite dal medico stesso.

Per altro non abbiamo osservato nessun rilevante danno dalle irrigazioni vaginali nelle puerpere. Soltanto in due casi abbiamo osservato una leggera colica uterina, che durò pochissimo e che evidentemente fu cagionata dalla penetrazione del liquido nella cavità uterina.

Perciò noi facciamo un uso assai esteso delle irrigazioni vaginali, che affidiamo generalmente al personale di servizio, nel trattamento di puerpere febbricitanti. Che del resto le irrigazioni vaginali, intraprese anche con tutte le cautele, possano, in casi molto eccezionali, influire sfavorevolmente sul decorso della febbre, mi sembra molto probabile dall'osservazione del caso seguente. Sul valore di questa probabilità, non essendo possibile una dimostrazione esatta, voglio lasciare volontieri giudicare ad ogni singolo lettore.

Il giorno 25 giugno, alle 8 ¾ pom., fu ammessa in clinica una donna d'anni 26, Ipara, che ha sempre goduta ottima salute. I primi dolori erano cominciati fino dalle 6 pom.; dall'esame risulta che la testa fetale, di media grandezza, si trovava ancora al disopra dello stretto superiore del bacino, leggermente piatto. La porzione vaginale formava ancora un cono lungo circa 2 ctm. a base larga, l'orificio esterno permetteva l'introduzione del dito, la porzione sopravaginale dilatata dal sacco amniotico; il feto si presentava in prima posizione. La T. 37,6.

La mattina seguente alle ore 4 ½ scolò spontaneamente il li-

quido amniotico, un quarto d'ora dopo venne espulso un bambino a termine di media grandezza, lungo 49 ctm., del peso di 3020 grammi e con diametri della testa assai piccoli: Bit. 8,0, Bip. 8,9, F O. 11,0, M O. 12,2, S Br 10,0.

Inoltre si ebbe, per la rapida espulsione della testa per la vagina molto stretta, una lacerazione vagino-perineale complicata. Le columna vaginalis post. erano divise dalle parti laterali ed il perineo era profondamente lacerato.

Subito dopo il secondamento spontaneo, aiutato solamente un poco col metodo di spremitura del Credé, si suturò la lacerazione. Il brano vaginale a forma di lingua fu unito alle pareti laterali della vagina e quindi con punti di sutura molto profondi fu riunito il perineo.

Data		T.	P.	R.	
26/6	ore 10 ant.	38,2			Nessun brivido di freddo.
	» 2 pom.	38,7	92	28	
	» 4 »	37,0			
	» 8 »	39,2			
27/6	» 7 ant.	39,0			La puerpera ha riposato bene.
	» 11 »	39,0	96	28	La lingua umida pulita. Nessun
	» 2 pom.	39,5			addolorabilità al ventre nè al-
	» 5 »	39,8	98	30	l'utero, neppure alla forte pres-
	» 8 »	39,4			sione. L'utero è piccolo, 3 dita trasverse al disopra della sinfisi. La ferita del perineo è di aspetto buonissimo. I lochi sono scarsi sanguigni. La puerpera si lagna di leggera cefalea. Si ordinano le irrigazioni con acqua fenicata 2 volte al giorno e naftalina sul perineo.
28/6	» 7 ant.	37,5	72		Stato subjettivo normale. La fe-
	» 11 »	37,4			rita perineale pulita senza trac-
	» 2 pom.	38,4			cia di dolore nè rossore od edema. Lochi come lavatura di carne, scarsi. Utero piccolo.
	» 5 »	39,0	80	26	Si levano i punti di sutura. La lacerazione è guarita per prima intenzione. Lochi di colore ruggine, mucosi.

Data	T.	P.	R.	
29/6 ore 7 ant.	37,0			
» 11 »	38,1	80		
» 2 pom.	39,0			
» 6 »	38,5	84	20	Si ordinano irrigazioni vaginali ogni 2 ore. Alle 10 ant. si somministra un gr. di chinino.
30/6 » 7 ant.	37,0	84		Stato subjettivo e sintomi generali eccellenti.
» 11 »	37,6			
» 2 pom.	37,8			Lochi colore ruggine abbondanti.
» 6 »	38,4	84		Si ordina: Ergot., chin. 50 cent.
1/7 » 7 ant.	37,0	80		
» 11 »	37,2			
» 2 pom.	37,4			
» 6 »	37,6	84		
2/7 » 7 ant.	37,0	66		La puerpera si sente perfettamente bene. L'utero è piccolo, non dolente alla pressione. Lochi mucosi di colore un poco scuro. Alle 11 pom., dopo una irrigazione vaginale fatta dalla servente, scola un poco di sangue coagulato, fresco, senza che la puerpera accusasse nessun dolore. Dopo un 10 minuti subentra un brivido di freddo forte. All'esame dei genitali si trova la porzione vaginale bassa, avvicinata alla parete anteriore del bacino; l'utero ben involuto, mobilissimo, si trova in retroversione; non è dolente alla compressione bimunale. Si ordina che l'irrigazione non sia fatta più dalla servente, ma dal medico stesso mattina e sera.
» 11 ½ »	40,6	104		
» 2 pom.	40,0	106		
» 6 »	38,7			
3/7 » 7 ant.	37,0	60		Lochi scarsi, mucosi, rosso-chiari.
» 11 »	37,6			

Data		T.	P.	R.	
3/7	ore 2 pom.	38,0			
	» 6 »	38,0	72		
4/7	» 7 ant.	37,0	88		Stato subjettivo buono. Ventre, come sempre, trattabile, piatto. Lochi rossicci, mucosi. Alle 5 pom. irrigazioni vaginali dal medico. Un' ora dopo aumento di temperatura senza brivido di freddo.
	» 11 »	37,5			
	» 2 pom.	38,0			
	» 6 »	40,0	100		
5/7	» 7 ant.	37,0	66		
	» 2 pom.	37,8			
	» 6 »	38,0			Alle 6 pom. si ordina chinino 50 centig.
6/7	» 7 ant.	37,2	72		
	» 2 pom.	37,8			
	» 5 1/2 »	40,8	128	28	Alle 4 3/4 pom. dopo l'irrigazione vaginale con la soluzione del Burow, fatta con tutte le possibili cautele, e mentre che la puerpera si sentiva avanti perfettamente bene, subentra un forte brivido di freddo. Si interrompono affatto le irrigazioni vaginali.
	» 7 1/2 »	38,5			
7/7	» 7 ant.	37,0	76		La puerpera da questo momento in poi non presenta più aumento di T. nè viene colta da brividi di freddo; solamente il giorno 9 luglio trovai la sera una T. di 38,2, il P. 84, R. 26 e la sera del 12 luglio la T. di 38,5, P. 90.
	» 2 pom.	37,5			
	» 6 »	37,5	72		

In tutti e due questi giorni la malata accusava un dolore puntorio al torace sinistro, al disotto del capezzolo. Sebbene fosse entrato subito il giusto sospetto di infarti embolici nel polmone, non si potevano però dimostrarli nè colla percussione nè coll'ascoltazione. Questo risultato negativo dell'esame eravamo costretti di spiegare colla piccolezza degli infarti.

La puerpera fu tenuta in osservazione fino al 19 luglio, quando partì col suo bambino, che ha continuato ad allattare per tutto il tempo da sè.

All'esame dei genitali si trovò il seguente: perineo e vagina perfettamente guariti; porzione vaginale, all'altezza dell'ultima porzione del sacro, era corta, l'orificio molto ristretto. L'utero piccolo, in anteflessione ad angolo ottuso, perfettamente mobile. I parametri liberi. Secreto vaginale biancastro mucoso.

Per spiegare questo caso si dovette ammettere un'infezione, che, lasciando intatta la superficie, avesse preso sede negli strati più profondi dei tessuti, producendo una trombosi settica, probabilmente nell'utero stesso.

I brividi di freddo che entravano dopo le irrigazioni sembrano dipendere da distacchi di trombi colla corrente del liquido. Perciò è probabile che al primo brivido di freddo il tubo da injezione fosse messo direttamente o vicino all'orificio esterno ed il liquido fosse stato così introdotto nell'utero.

Questo caso ci parve interessante per il fatto, che nel fare la diagnosi di un'affezione così grave, l'esame locale non ci è stato di nessun ajuto e che dovevamo contentarci dei sintomi razionali. È ben inteso, che in un caso simile si potesse sperare poco anche di una cura locale, poichè l'affezione locale era appena diagnosticabile. Il riposo degli organi ed una adatta cura sintomatica mi parsero condizioni più importanti per guarire questa malata.

Dei pericoli, collegati alle irrigazioni intrauterine, voglio soltanto rammentare brevemente l'embolismo per aria e la penetrazione del liquido per le tube nella cavità addominale; questi pericoli che sono più temibili immediatamente al parto (1), oggigiorno si evitano sicuramente colle note precauzioni e coll'uso dell'irrigatore.

Non ho neppure osservato grosse lesioni dell'utero, eccetto in un caso subito dopo il parto. Ecco in che modo avvenne la lesione: intanto che il tubo di vetro si trovava nell'utero, la malata cominciò a tossire fortemente e l'utero fu così urtato contro il tubo; entrò subito un grave accesso d'eclampsia che durò 30 mi-

---

(1) In un caso disgraziato dove fu fatto l'autopsia, noi constatammo che l'inizio della peritonite, nella puerpera malata di infezione settica, si manifestò immediatamente all'irrigazione intrauterina. All'autopsia si trovò l'ostio uterino della tuba sinistra dilatato ed una salpingite purulenta a sinistra.

nuti. La donna, nella quale si fecero le irrigazioni intrauterine a causa della febbre alta, incominciata ancora durante il travaglio (T. 40,8°), morì dopo 8 giorni ed all'autopsia si trovò nell'angolo destro dell' utero un ascesso sanioso della grandezza d' una noce avellana.

Dietro questo caso disgraziato io misi per regola *nel fare le irrigazioni intrauterine di tenere sempre il tubo di vetro sulla guida delle dita.*

Questa norma, io credo, debba perfettamente bastare, per evitare nello stesso tempo gli accessi di eclampsia, prima tanto frequenti, inquantochè le dita tenute nel collo dell'utero tengono aperta la via al reflusso dell'acqua, per cui diventa impossibile il ristagno di questa e la sua penetrazione nelle vene beanti.

Ma il pericolo principale delle irrigazioni intrauterine nelle malattie puerperali settiche consiste nella possibilità di trasportare il secreto decomposto vaginale e particelle staccate dalle ferite settiche nell'utero, forse ancora sano, e produrvi un' infezione del secreto o per innesto. E quest' ultima è tanto più possibile, inquantochè qualunque manipolazione nell'utero non va esente da lesioni della decidua così delicata dell'utero di recente puerperale.

Non si può assolutamente objettare, che quest'infezione sia subito paralizzata dall' irrigazione antisettica; quest'objezione sarebbe ammissibile soltanto quando si trattasse di infezione del secreto e si fossero adoperate soluzioni antisettiche molto forti. Ma se si ha la disgrazia di innestare particelle settiche in una piccola ferita, prodotta dal dito o dal tubo, in questo caso l' irrigazione immediata non è in grado di paralizzare sicuramente i cattivi effetti dell' innesto. Noi già osservammo che in un' operazione chirurgica, praticata sotto la permanente irrigazione antisettica, un' infezione manifestamente per innesto espose la malata a grave pericolo di vita.

Ugualmente pericolosi possono essere gli effetti quando il secreto uterino, già infetto, venga portato sopra una ferita fresca, prodotta durante l' irrigazione.

Tutti questi effetti cattivi non si presenteranno in ogni caso, bisogna però, in ogni modo, averli in mente per non decidersi così facilmente alle irrigazioni intrauterine, e di farle soltanto con antisettici sicuri ed energici, per essere, almeno, in parte certi di non nuocere.

Vi ha ancora un' altro svantaggio, che non dipende tanto dalle

irrigazioni stesse, quanto dall'insufficiente indicazione. Se nelle ferite settiche specialmente accompagnate da gravi sintomi generali, ci decidiamo a praticare le irrigazioni intrauterine, nell'intenzione di fare un trattamento radicale e di sottoporre tutto il canale genitale all'azione antisettica, si avranno spesso esiti tristi invece degli effetti splendidi; poichè appunto le ferite settiche non si possono combattere sicuramente colle irrigazioni e perchè spesso si produrrà l'infezione dell'utero fino allora sano.

Un altro svantaggio si ha ancora dalle irrigazioni intrauterine, quando sono spesso ripetute, cosa che in generale noi attualmente permettiamo in casi ben rari ed eccezionali. Quando si ripetono le irrigazioni intrauterine vuol dire che la malattia non è di sede superficiale, ma che le alterazioni si trovano più profondamente e la diagnosi anatomo-patologica locale non è più possibile, se trattasi di una metrite diffusa, di metrolinfangite o di flebite.

Possiamo noi sperare che continuando ad irritare meccanicamente un utero così malato non si produrrà mai nessun danno?

Un altro inconveniente si aggiunge ancora alle irrigazioni permanenti, ed è che queste esauriscono troppo le forze delle malate, le quali, già indebolite dalla febbre, sono costrette a stare immobili per delle ore ed anche per dei giorni e quindi a mettere in azione sempre gli stessi gruppi muscolari. In un caso molto tristo, nel quale le irrigazioni permanenti sono state continuate per 72 ore, si sviluppò, malgrado tutte le precauzioni, una piaga per decubito alla regione sacrale, in seguito alla quale la malata perì 3 mesi dopo.

Ma noi, coll'andare del tempo, abbiamo imparato a schivare una gran parte di questi pericoli, inquantochè noi abbiamo applicato le irrigazioni intrauterine con alcune cautele che fecero di queste un'operazione perfettamente innocua.

Se oggigiorno noi vogliamo intraprendere in puerpere malate di infezione settica le irrigazioni intrauterine, le facciamo soltanto dopo che siano state bene disinfettate la vulva e la vagina. Questa va prima lavata copiosamente con acqua fenicata al 5 % o con acqua di cloro concentrata; ispezionato quindi il perineo, la vulva, la vagina e la porzione vaginale del collo, si cauterizzano energicamente le ferite un poco sospette (col permanganato di potassa o colla tintura di iodio); allora soltanto si fa un'accurata esplorazione digitale della cavità uterina; in questo modo si scoprono e si allontanano, non di rado, le vere cause della malattia che

possono essere coaguli, resti di decidua, di corion o di placenta, finalmente si fa l'irrigazione nell'utero sulla guida delle dita. Generalmente si impiegano 2 a 5 litri di liquido, a seconda della gravezza del caso. — Una parte del liquido può essere leggermente antisettica; si finisce sempre l'irrigazione con una soluzione fenicata al 5 % o con acqua di cloro concentrata.

Un'irrigazione intrauterina fatta con queste cautele sarà certamente affatto innocua ed in tutti i casi adattati avrà successi completi; nei casi invece dove rimarrà (1) senza effetto in generale non si deve, secondo le mie opinioni, aspettarsi nessun vantaggio dalle irrigazioni.

Dopo avere esposti tutti gli inconvenienti comuni alle irrigazioni, siano esse fatte nelle cliniche o nella pratica privata, dobbiamo rammentare un altro svantaggio che solamente si osserva nelle cliniche; vogliamo dire della inevitabile trasmissione e propagazione dell'infezione. E se anche il rispettivo medico si astenga dall'esaminare le gravide e le partorienti, dovrà però curare e visitare le malate nuove; in questo modo può fare diventare gravissimo ed anche mortale un caso che era dapprima leggero.

Questo dipende dall'impossibilità fisica di disinfettare perfettamente le nostre mani. La sicurezza della disinfezione si potrebbe avere soltanto, quando le nostre mani fossero lavate tanto e così intensamente fregate colla spazzola da portare via lo strato superficiale dell' epidermide. Dovendolo ripetere 3 o 4 volte nella mattinata, specialmente quando si usa per lavande le soluzioni forti d'acqua fenicata, si sviluppa l'eczema delle mani, che esclude la disinfezione sicura, non essendo possibile di allontanare completamente le sostanze settiche dalle escoriazioni o dalle ragadi.

Il fondamento principale della nostra profilassi antisettica consiste nell'evitare possibilmente il contatto delle sostanze settiche.

Dopo tracciato in generale i fondamenti della terapia, usata da noi al primo irrompere della febbre puerperale settica, vogliamo ancora dimostrare con alcuni esempi concreti, come le difficoltà principali dell'applicazione di questa terapia nella pratica dipenda

---

(1) Se in puerpere malate d'infezione settica e capitate tardi sotto la nostra cura, quando l'anamnesi non può illuminare sulla primitiva sede e meccanismo dell'infezione, noi vogliamo intraprendere le irrigazioni intrauterine, nell'intendimento di assicurare alla malata tutte le possibilità ad essere salvata, dobbiamo, ben inteso, conservare scrupolosamente tutte le precauzioni qui descritte.

dalle difficoltà diagnostiche e come si debba rigorosamente evitare l'intervenire indistintamente con un trattamento prestabilito.

Ogni caso di malattia deve essere soggetto all'accurata analisi clinica. — Che siano indispensabili una diligente anamnesi ed un esame objettivo accurato, si intende bene da sè; ma appunto nel nostro campo sono qualche volta trascurati, perchè la connessione dei fenomeni ci par troppo chiara.

Se una puerpera, fino allora sana, si ammala immediatamente al parto o 2-3 giorni dopo, cosa è più naturale che pensare subito all'infezione settica?

Frattanto noi abbiamo osservato sotto queste circostanze una serie di pneumoniti crupose, di vajuolo, di tifo addominale, di tubercolosi miliare acuta, dove la diagnosi differenziale presenta difficoltà singolari. Dobbiamo quindi indicare una serie di casi veramente enimmatici, osservati da noi attentamente, nei quali la temperatura, immediatamente al parto o durante i primi giorni del puerperio, salì a 40° C. e più, senza che si potesse osservare nelle puerpere il minimo sintoma di malattia, conservando il polso, contrariamente alla temperatura, una frequenza di 60-80 battiti.

In tutti questi casi abbiamo visto decorrere il puerperio normalmente. Queste alte temperature sono esse esagerazioni di quei soliti aumenti, ma in grado minore, che derivano dall'eccessivo lavorio durante il parto od invece sono infezioni settiche vinte felicemente dall'organismo?

Dietro questi fatti dobbiamo essere molto cauti nell'apprezzamento di questi aumenti di temperature per non intraprendere una cura che non sarebbe niente affatto indifferente. Per il nostro trattamento locale ci serve di norma il ritrovato locale.

Però anche qui la possibilità di commettere errori nell'interpretare i fenomeni non è piccola.

Se noi abbiamo suturata una vasta lacerazione del perineo e la puerpera comincia a febbricitare, non dobbiamo indistintamente procedere all'allontanamento dei punti di sutura. Perchè se la febbre, come spesso, non dipende dalla ferita, allora la lacerazione guarisce e la puerpera è almeno sicura che da questa ferita non saranno assorbiti secreti lochiali settici. — Se noi invece leviamo i punti di sutura si potranno avere tutti i pericoli dell'infezione secondaria della ferita e ciò sarebbe ancora tanto più deplorevole, se in seguito risultasse, che la febbre non era in rapporto diretto

collo stato dei genitali. Noi osserviamo ogni anno simili casi, nei quali, anche quando sia avvenuta l'infezione dei secreti, delle lacerazioni suturate bene si riuniscono per prima intenzione e le puerpere, dopo superato la malattia, abbandonano il letto col perineo integro.

Due esempi servano a dimostrare come, qualche volta, sia difficile distinguere bene, se una febbre dipende dall'utero o da ferite dei genitali esterni e come appunto da questa distinzione netta dipenda il felice esito della terapia.

Nel primo caso si trattava di una Ipara, di 28 anni, ammessa in clinica il 20 giugno alle 8 ½ pom. La gravidanza decorse normalmente ed i primi dolori entrarono alle 2 pom. All'esame ostetrico si trovò il bacino sufficientemente ampio (Sp. Il. 24,4 Cr. Il. 28,4, fra i trocanteri 31,2, diam. di Bandeloque 18,4), l'utero mediocremente sviluppato, prima posizione del vertice. Alle ore 9 ¾ si fece l'esplorazione interna e si trovò la porzione sopravaginale dilatata, la porzione vaginale a forma di imbuto corto a base larga, l'orificio esterno dilatato quanto 2 cent. La testa non era ancora bene impegnata nello stretto superiore; il sacco era integro. Il parto avvenne molto rapidamente. Dietro dolori intensi, interrotti da intervalli assai lunghi, si ruppe il sacco alle ore 12 ½ ant. e cinque minuti dopo avvenne l'espulsione del feto (lungo 48,4 ctm. e 2720 peso), e dopo altri cinque minuti *seguì l'espulsione spontanea della placenta che non presentava niente di anormale.* Una piccola lacerazione della mucosa fu riunita con tre punti di sutura.

Il puerperio decorse nel seguente modo:

Data	T.	P.	R.	
21/6	38,0			
	38,5	72		Ha avuto nella notte diverse orripilazioni ed accessi di caldo.
22/6	38,4	96		La puerpera accusa dolori di capo e del ventre. L'utero si trova 4 dita al disopra della sinfisi, è leggermente dolente alla pressione. Si tolgono subito i punti di sutura, la ferita si dilata, presenta un colore giallo sporco, è secca. Subito si cauterizza colla tint. di jodio, si asperge
	39,0			
	39,8	96		
	39,5	90	23	

Data	T.	P.	R.	
				colla naftalina. Cataplasmi sul ventre. Nel pomeriggio la malata accusa ancora dolori uterini ed alternativamente senso di freddo e di caldo. L'utero è di durezza lignea, si trova una mano trasversa al disopra della sinfisi pubica. Si ordinano irrigazioni vaginali ogni 2 ore con acqua di cloro.
23/6	37,8	78		Nella notte fu disturbata molto dal bambino. I dolori del ventre leggerissimi, nessuna addolorabilità alla pressione, l'utero ha acquistato la sua consistenza normale. I lochi abbondanti di colore ruggine. Le stratificazioni della ferita sono sparite e le superfici di granulazione suppuranti sono di buona natura. Si ordinano le irrigazioni vaginali ogni 2 ore ed aspersioni con jodoformio. La sera un gr. di chinino.
	39,2	89		
	39,4			
	39,5	80		
	38,0			
24/6	36,8	66		Stato generale eccellente, l' utero si mantiene allo stesso punto, è un poco sensibile alla pressione sul fondo, come sui lati. La malata allatta il suo bambino. Si ordina la medesima cura. Verso sera si somministra 50 centigr. di chinino.
	37,5			
	37,8			
	38,4	80		
25/6	37,0	75		L'utero è sensibile soltanto alla forte pressione, vi ha stitichezza. Si ordina la medesima cura ed un clistere.
	37,7			
	38,0	84		
	37,8			Nelle ore pomeridiane il ventre è di nuovo dolente come pure dolente alla pressione l'utero, specialmente sul lato sinistro. — Si ordinano le irrigazioni vaginali, pennellazioni colla tint. di jodio. Inviluppi alla Priesnitz sul corpo. Ergotina, 50 centigr. chinino.
26/6	37,5	68		L'adolorabilità del ventre è cessata. La ferita dei genitali è di buon aspetto.
	37,0	84		
	39,0	92		Alle 2 pom. un brivido di freddo. Alle 6 pom., dopo avere cauterizzato nuo-

Data	T.	P.	R.
			vamente le ferite dei genitali e dopo avere fatto le irrigazioni vaginali coll'acqua di cloro ed ispezionato collo speculum la vagina e la porzione vaginale che si trovarono normali, si disinfettano tutte queste parti colla tintura di jodio. Quindi sotto la narcosi cloroformica si intraprende l'esplorazione digitale della cavità uterina. Si trova il punto dell'inserzione della placenta sulla parete anteriore assai sottile; questo punto si presenta ruvido, coperto di prominenze; quest'ultime si portano via coll'unghia del dito e si trovano consistere di particelle di decidua serotina e di coaguli duri di sangue. Dopo si fa un'irrigazione nell'utero con 2 litri di acqua fenicata al 5 %. Si ordina un clistere alla Hegar, ergotina. Compresse alla Priessnitz.
26/6	39,1	92	Alle 8 pom. entra un brivido che dura 5 minuti. Si ordina 1 gr. di chinino.
27/6	37,7	76	Ha riposato bene, non ha avuto dolori di sorta, il ventre non è meteorizzato, trattabile, non dolente. L'utero si trova 3 dita al disopra della sinfisi pubica, è indolente come i parametri alla pressione. Si ordina di continuare le irrigazioni vaginali. Dopo mezzogiorno si fa una irrigazione vaginale al 5 % di acqua fenicata. Di qui innanzi cominciò la convalescenza ed il decorso apirettico.
	37,5		
» 2 p.	39,8		
» 6 »	39,0	86	
» 8 »	38,0	80	

In questo caso dobbiamo ammettere una primaria infezione per innesto della ferita dei genitali esterni, perchè si potè sicuramente escludere un'infezione intrauterina per innesto o per i secreti. Perciò applicammo la terapia corrispondente; sebbene da diversi sintomi noi potevamo supporre che si trattava di un anormale contenuto nell'utero, pur tuttavia speravamo di impe-

dire l'infezione di questo contenuto disinfettando il secreto vaginale. Ma quando al sesto giorno del puerperio osservammo che il decorso, fino allora favorevole, subì un peggioramento che non ci pareva dipendere dalle ferite vaginali, le quali si presentavano di buona natura, ci decidemmo a fare l'esplorazione intrauterina e la terapia consecutiva.

Che dietro questa terapia non avvenisse un abbassamento della febbre per crisi, lo troviamo d'accordo colle circostanze. Il veleno settico che cagionava la febbre in parte si trovava già — dopo sei giorni — negli strati più profondi e di lì esercitava la sua azione. Siccome noi avevamo fatto una perfetta detersione e disinfezione dell'utero, così eravamo persuasi che non si avrebbe alcun vantaggio dalle ripetute irrigazioni intrauterine e le interrompemmo malgrado che la temperatura si alzasse nella prossima sera a 39,8° C. Quest'alzamento della temperatura dipendeva forse da un lungo ristagno dei lochi nella vagina; in favore di ciò sembra che parli la subitanea scomparsa per crisi della febbre dopo un' irrigazione vaginale di acqua fenicata alla 5 %.

Se anche in questo caso un scettico spinto volesse negare qualunque influenza favorevole alla terapia, gli sarà certamente difficile a dimostrare che con questa cura aspettante, si abbia cagionato qualche danno alla malata.

Voglio ancora comunicare più dettagliatamente due altri casi perchè, contrariamente al caso sopracitato, dimostrano, che anche quando dall'anamnesi o dai sintomi indiretti sia giustificato il sospetto che il punto di origine della malattia settica stia nella superficie interna dell'utero, si debba regolarsi nella terapia soltanto dietro un' accurata esplorazione.

(Continua).

RASSEGNA

Allattamento artificiale dei neonati.

All'Accademia di Medicina di Parigi, nella seduta del 25 luglio, prendevano successivamente la parola il Prof. Tarnier ed il Dr. Parrot per riferire il risultato delle loro osservazioni circa le varie modalità di allattamento artificiale da essi esperite alla Maternità ed all'Ospizio *des Enfants assistées.*

Il Tarnier dopo aver provato il latte di capra e quello di mucca dato solo o allungato o confezionato nei varii modi suggeriti dai trattati di igiene infantile, venne alla conclusione che nessuno di tali generi di alimentazione sostituisce senza grave danno il latte della madre. Il latte d'asina al contrario gli fornì i migliori risultati sicchè è il solo impiegato alla Maternità dal 23 aprile 1881.

Passati però due mesi dalla nascita il bambino non è più sufficientemente nutrito dal latte d'asina, al quale secondo Tarnier conviene sostituire quello di mucca allungato a parti eguali con acqua zuccherata (5 0[0) e ciò fino a sei mesi; epoca in cui il latte di mucca (aumentato gradatamente nelle sue proporzioni rispetto all'acqua) potrà esser dato puro. Come poi, secondo l'A., gli effetti disastrosi dell'allattamento artificiale sono da attribuirsi in gran parte alla trascuranza o alla difficile osservanza delle norme di nettezza indispensabili nell'uso dei poppatoj così egli propone di sopprimerli (come egli ha fatto alla Maternità) e di somministrare il latte col cucchiaio o col bicchiere.

Il Dr. Parrot è venuto alle medesime conclusioni nelle sue osservazioni comparative istituite su 166 bambini affetti da sifilide ereditaria, nei quali l'allattamento artificiale fu rappresentato:

in 6 casi dal latte di mucca puro dato col biberon (5 morti);

in 42 casi dal latte di capra somministrato direttamente dall'animale (24 morti, 80,9 0[0);

in 38 casi dal latte d'asina puro somministrato direttamente dall'animale (8 morti, 26 0[0).

Il Dr. Parrot ha osservato di più che un'asina in pieno allattamento non può nutrire efficacemente che tre bambini dell'età media di cinque mesi ed è d'avviso che ogni Brefotrofio dovrebbe essere provvisto di un certo numero di questi animali.

Nel numero di ottobre degli *Archivii di Tocologia* l'argomento è ripreso dal Dr. Championnière, il quale prendendo le mosse dalle conclusioni di Tarnier e Parrot, e pure accettandole in genere comechè appoggiate al non fallace criterio della osservazione, si domanda fin dove l'allattamento *all'asina* sia pratico, visto che esso è al giorno d'oggi più costoso che quello *alla balia* (almeno pei brefotrofi).

Non crede adunque il Championnière che si debbano mettere da parte tutte le nozioni aquisite coll'esperienza circa gli altri modi di tutelare la nutrizione e l'igiene dei neonati sprovvisti del latte materno. Ed in primo luogo crede l'A. che uno degli elementi più importanti ma non sempre abbastanza tenuti in conto per la buona riuscita dello allattamento artificiale, sia la adatta temperatura dell'ambiente in cui vive il neonato. Più volte gli è riuscito di migliorare le digestioni prima cattivissime di un bambino non già mutandogli il latte ma bensì riscaldando la camera e involgendolo nella lana. Altro adjuvante eccellente della alimentazione artificiale, dice l'A., è l'alcool. Otto o dieci goccie di rhum date in altrettante cucchiaiate di latte nelle 24 ore rappresentano il miglior attonante delle facoltà digerenti dei bambini. L'A. poi non è troppo amico dei bagni quotidiani (e qui non siamo d'accordo con lui) specialmente pei bambini prematuri.

In quanto alla qualità del latte da usarsi, l'A. crede che quello di mucca allungato con acqua zuccherata (e non con acqua panata o decotto d'orzo) può sempre dare dei buoni risultati allorchè sieno attentamente sorvegliate le digestioni del bambino e se ne constati colla bilancia l'accrescimento del peso.

L'A. non è neppure contrario al *latte condensato* pel caso in cui non si possa avere quello di mucca in buone condizioni, come avviene nei paesi caldi e nelle grandi città e non respinge neppure l'uso della *farina lattea* a patto che essa non costituisca da solo l'alimento giornaliero ma serva solo da adjuvante al latte. Non crede poi l'A. che l'ostracismo dato dal Tarnier a tutti i poppatoj sia da accettarsi ad occhi chiusi giacchè mentre i vantaggi della fuzione non si ponno ottenere col cucchiajo, i danni inerenti al *biberon*, si ponno evitare sorvegliando acchè le varie parti di questo strumento siano sempre lavati in una soluzione concentrata di acido borico.

Dal breve riassunto delle memorie da noi accennate appare anco una volta che l'argomento della nutrizione artificiale dei bambini da latte si impone sempre a tutti coloro che si trovano ogni giorno davanti alla *strage degli innocenti* privati per una ragione o per un'altra del latte materno.

In un'epoca come la nostra nella quale la beneficenza pubblica si rivolge ed a ragione con particolar cura a sollevare le miserie della infanzia ed a proteggerla dalle malattie che ne impediscono o ne intristiscono lo sviluppo, non par vero che sopratutto e prima di tutto non si cerchi di impedire che tanti neonati *muojano di fame.*

Questa espressione non è per nulla esagerata ove si pensi che alimentazione impropria equivale ad alimentazione insufficiente e che è così impropria quella fornita dall'allattamento artificiale mal guidata come quella d'una balia che ha già nutrito un primo bambino per otto o dieci mesi. Ora chi non sa che buona parte delle balie mercenarie occorrenti ai brefotrofii appartengono a questa categoria? E chi non conosce quanto sia elevata la percentuale delle morti per atrepsia dei bambini loro affidati e quanto siano numerosi i casi di rachitismo nei sopravvissuti?

Ben vengano adunque tutte le proposte intese a instaurare un'allattamento artificiale il più perfetto possibile, dal momento che quello dato dalle nutrici fornisce dei resultati così poco soddisfacenti pei poveri esposti.

Se il latte d'asina nei primi due mesi e quello di muca in seguito mantenesse la promessa del Tarnier, noi vedremo volontieri sorgere uno stabilimento di allattamento artificiale basato su questi principii ben inteso che tale stabilimento, benchè dipendente da un Brefotrofio, sorgesse in località salubre tanto pei bambini quanto per gli animali che dovrebbero fornire loro la nutrizione giornaliera. E. G.

NOTIZIE.

Clinica ostetrico-ginecologica di Firenze diretta dal Prof. D. Chiara. - Il 27 gennaio u. s. *laparotomia* per supposta cisti del para-ovario destro: poche, nè tenaci aderenze; affondamento del peduncolo, uso dello spray. Cicatrizzazione della ferita al 9º giorno. Decorso apiretico. Era realmente una cisti para-ovarica.

Il 4 febbraio m. c. laparotomia per supposto cistoma-ovarico pauciloculare e con aderenze tenaci ed estese per pregressa peritonite e 24 punture fuori della linea mediana. La operazione durò un'ora e mezza. Uso dello spray. — Le aderenze circum-ombellicali costrinsero l'operatore a lasciare in sede una larga isola di parete della cisti. Affondamento del peduncolo; 2 tubi a drain, uno per angolo della ferita. Il tumore risultava da 2 grandi loggie; dietro la minore fu trovata una piccola cisti dermoide. La operata nel corso del 4º giorno è ancora apiretica.

Clinica operativa diretta dal Prof. Corradi. — Assenza completa della vagina in giovinetta di anni 19 con apparato mammario e vulvare ben conformati. Grosso tumore fluttuante nello scavo: diagnosi « *menostasi.* » Il Prof. decide aprirsi una via alla raccolta procedendo tra l'uretra e il retto anche in previsione di tentare la formazione di una vagina. L'atto chirurgico condotto con brillante precisione e delicatezza raggiunse l'intento di *cerziorare la diagnosi, dar esito al sangue raccolto e lasciare un tramite* che potrebb'essere la futura vagina. L'operata (1° di febbraio) ebbe due giorni di modica febbre nessun altro disturbo.

Maternità degli incurabili. Napoli. — La donna operata di ovaro-isterectomia cesarea dal Dott. R. Novi, il 2 dicembre 1882 guarì perfettamente al 20º giorno: il bambino pure fu salvo. Qualche giornale chiama quella del Novi « *questa prima operazione per Napoli* »; ciò non è, avendolo preceduto il Prof. Morisani, era più esatto scrivere « la 1ª guarita. »

Prof. Dott. Domenico Chiara Direttore-gerente responsabile.

Milano — Tip. Pietro Agnelli, via Pietro Verri, 16.

Volume V. Marzo-Aprile 1883 N. 3-4.

ANNALI

DI

OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

DI SEI OVARIOTOMIE

OPERATE

dal Dott. D. TIBONE

Professore di Ostetricia nell'Università di Torino

Può per avventura venire giudicato da qualche lettore lavoro inutile, ed ormai fuor di tempo, il venir a narrare osservazioni di laparatomia per cistoma ovarico nei tempi che corrono, nei quali questa operazione si è fatta ormai comune e vediamo alla medesima accingersi non solo quelli, che nell'arte chirurgica hanno meritamente acquistato bella fama, ma eziandio alcuni che sono quasi alle prime prove e da queste sortirne con onore.

Questa considerazione mi trattenne davvero per un certo tempo; ma altre ragioni, a mio avviso di maggior valore, mi spinsero a prendere la penna per dire quanto per me si fece nella chirurgia addominale, che ha per iscopo la esportazione di tumori originatisi nell'ovario. Dapprima è d'uopo il riconoscere che la ovariotomia è bensì pervenuta a quel periodo, in cui dileguata ogni opposizione, tolto ogni ostacolo, è diventata operazione universalmente accettata, ma nullameno non è senza profitto il dare pubblicità ai casi clinici sia con lo intendimento di perfezionare sempre più i procedimenti operativi, che si sa essere varii, e mettere in mostra quelle particolarità, che conducono al felice risultamento, sia per fornire esatti elementi per una statistica nazionale. In secondo luogo giova, che i Ginecologi affermino col fatto, che questa operazione è di loro spettanza togliendola ai chirurghi, che nel nostro paese facilmente se ne

impadronirono essendo gli istituti ostetrici, fatta qualche eccezione, chiusi per i fatti patologici, che sono di spettanza delle discipline ginecologiche. Ora i tempi sono mutati; il Prof. *Baccelli*, che attualmente regge il Ministero della Pubblica Istruzione, con l'emanazione del regolamento organico per gli Istituti scientifico-pratici delle Facoltà mediche del Regno delli 25 ottobre 1881, venne con provvido consiglio a stabilire la legale istituzione della Ginecologia nelle Cliniche ostetriche: questa saggia disposizione è di tale importanza da segnare nel nostro paese una nuova epoca per gli studii ginecologici. In terzo luogo, per ultimo, se non m' inganno le osservazioni da me raccolte presentano pure alcuni punti che possono riuscire a pratico ammaestramento.

I.

Cisti sierosa dell'ovario destro - Fibromioma dell'utero - Ovariotomia doppia - Guarigione.

La signora M. B. Bevilacqua è nata a Diano Marina; stette qualche anno in Sardegna, poi a Torino in un Istituto di educazione. Ebbe la prima mestruazione a 15 anni, la quale continuò regolare sempre e per il solito abbondante sino all'età di 28 anni, in cui contrasse matrimonio. Ben presto rimase incinta; decorse normale la gravidanza, come pure il parto, non il puerperio. Durante questo venne colpita da malattia grave che la portò in fin di vita; pare che si trattasse di perimetrite o di qualche processo morboso affine; essa non ricorda altro, che le si applicarono pomate sul ventre. Alcuni anni dopo nuovamente concepì; disconosciuta la gravidanza le si praticò un sanguisugio all'ano; poco dopo abortì, era in quel tempo la gravidanza di tre mesi all' incirca e fu l'ultima; ciò accadeva nell'anno 1865.

Non conta antecedenti gentilizi, il padre morì ora fa un lustro nell'età di 75 anni per insulto apoplettico; la madre vive tuttora in ottima salute ed ha già oltrepassato il settantesimo anno.

Tre anni addietro riconobbe che il ventre le si faceva grosso: non seppe però indicare il punto di partenza della tumefazione, quando venne questa da essa avvertita si trovava sulla linea mediana; di quando in quando era tormentata da dolori nei dintorni

del bellico, e debbe pure qualche molestia nella escrezione orinaria sotto forma di disuria.

Si presentò a me per la prima volta li 24 maggio dell'anno 1880. È una signora intelligente e di carattere energico; alta la statura, magra, asciutta, i lineamenti del viso pronunciati con quella particolare impronta di patimento e di apprensione che è propria delle donne che portano grossi tumori ovarici. Del resto sebbene l'addome fosse voluminoso e sporgente come in una gravidanza doppia arrivata a termine camminava abbastanza speditamente, nè più risentiva dolore alcuno. Soffriva abitualmente di stipsi, e dopo la comparsa del tumore ovarico le mestruazioni dapprima regolari si fecero talmente abbondanti da elevarsi talvolta al grado di vere menorragie, però dopo il mese di agosto dell'anno 1879 la mestruazione si rifece regolare anche per la quantità del sangue perduto.

L'esame locale si fece al 7 giugno; il ventre è voluminoso di assai e sporgente allo innanzi; le vene sotto-cutanee addominali molto voluminose e piene di sangue; palpato ed in vario modo compresso il tumore per tutta la sua estensione non si sentono punti duri nè si risveglia sensazione alcuna dolorosa; facile è con la mano e con la percussione segnarne il confine superiore, che è raffigurato da una linea regolarmente curva ed arriva fino all'epigastrio; fra l'area epatica e quella del tumore vi ha una zona larga 3 cm all'incirca, in cui si sente distintamente la fonesi timpanica; nè meno distinta questa si riconosce dal lato sinistro fra la cresta iliaca e l'ultima costa all'indietro della linea ascellare posteriore. La fluttuazione è in ogni punto manifesta e superficiale. Si presero le seguenti misure essendo la donna in posizione supina:

Circonferenza ombelicale	cm	105
» sottombelicale	»	106
Linea xifo-pubica.	»	48 ½
Dal bellico alla spina iliaca antero-superiore:		
a sinistra . . .	»	28
a destra . . .	»	26

Con l'aiuto delle due mani si potè portare in alto il tumore ed allontanarlo un certo tratto dall'ingresso del bacino senza

incontrare notevole resistenza. Con le due mani applicate a piatto sul ventre cercai di fare scorrere le pareti addominali sulla superficie del tumore affine di ottenere quel senso di fremito vibratorio, indizio per il Koeberle, che in quel punto fanno difetto le aderenze, ma il risultato fu negativo sebbene, come più innanzi si dirà, le aderenze riscontrate fossero insignificanti. Le pareti addominali sono piuttosto sottili, la cicatrice ombellicale pianeggiante. Il tumore è in complesso di figura ovoidea, ed il contorno anche sui lati è raffigurato da una linea regolarmente convessa.

L'utero giace in anti-latero versione destra di guisa, che il fondo sta di contro al cotilo destro ed il collo corrisponde alla sinfisi sacro iliaca sinistra, apparisce d'alquanto ingrossato ed un poco più pesante, nè si move quando si fa trarre da un assistente il tumore in alto.

Non v'erano edemi. L'orina variava in quantità da centimetri 800-1000^3, del peso specifico di 1028, iperacida, limpida e poco colorata, ricca di urati, conteneva albumina in piccola quantità; lasciata in riposo precipitò un sedimento molto scarso, nel quale si trovarono pochissimi cilindri ialini con qualche corpuscolo bianco. Mancando, come già si disse, gli edemi e non essendovi ipertrofia del cuore nè alcun altro sintoma accennante a nefrite, si riferì l'albuminuria al disturbo circolatorio portato dal tumore addominale già cospicuo per mole.

Il processo di accrescimento della neoplasia fu regolare, ma negli ultimi mesi bastantemente rapido. Non si era fatta cura alcuna.

Si fece diagnosi di cistoma ovarico uni o pauci-loculare senza aderenze pelviche, uterine ed epatiche; non si seppe dire quale ne fosse il punto d'origine, cioè se dall'ovario destro o dal sinistro; facevan quivi difetto i ricordi anamnestici; però lo spostamento dell'utero col fondo a destra e la prevalenza della distanza ombellico-sinistra sulla destra portavano piuttosto a credere che il tumore avesse le sue radici nell'ovario sinistro; ma su questa parte del diagnostico, siccome di poca importanza, non si fermò l'attenzione.

La donna era d'assai molestata dalla presenza del tumore, essa accettò senza discussione alcuna la operazione proposta; per toglierla a quello stato di ansiosa trepidazione tanto naturale quando si è sotto la imminenza di un atto operativo, che si sa non essere scevro di gravezza, si decise, dando ascolto ai desideri suoi,

di affrettare il giorno della operazione, nè si credette conveniente il fare precedere la puntura. Volle dopo la fatta visita ed i presi accordi ritornare in S. Secondo; in quel salubre paesello, che siede sulle amene colline che stanno presso Pinerolo, da parecchi anni dimora; quivi intese essere operata. Si prescrisse l'acqua di Hunyadi-Janos per eccitare la peristalsi dell'intestino alquanto pigro ed il tartrato ferrico potassico per correggere lo stato anemico e la affidai per la preparazione alle intelligenti cure del Dott. Beisone, già allievo interno dell'Istituto ostetrico ed ora distinto pratico in Pinerolo.

L'operazione venne praticata il 29 giugno alle ore 2 pom. in una camera non molto alta ma spaziosa, esposta a levante. Le condizioni generali e locali della paziente non mutate; calda la giornata; non fu di bisogno l'accendere il fuoco per avere nell'ambiente la debita temperatura. Mi coadiuvò il Prof. Chiara e venni assistito dal Prof. Cuzzi e dai Dottori L. Bergesio, Beisone e Gay. Erano pure presenti i Dottori Massel, Giordano e Sappa. L'atto operativo fu così semplice all'infuori di complicazioni e di difficoltà di maniera che resta superflua una particolareggiata descrizione. Alla incisione, che come al solito si fece sulla linea mediana, venne data la lunghezza di 10 cm terminando 5 cm sulla sinfisi pubica: messa allo scoperto la cisti si separarono con la mano alcune sottili aderenze parietali, altre si legarono e poi si recisero; si svuotò la cisti, che era unica col trequarti di Koeberle. Lo svuotamento della cisti fecesi con prestezza, sebbene il liquido, che vi stava contenuto, fosse abbondante, ma era limpido e scorrevole. Estratta la cisti vuota apparve il peduncolo lungo di parecchi centimetri e sottile, il quale venne legato in massa con un filo di seta ed affondato; aveva origine dall'ovario destro. Esplorando l'utero si riconobbe che l'ingrossamento del viscere avvertito nell'esame della donna era dovuto ad un fibro-mioma della parete posteriore. Si aggiunse, previa la legatura, la esportazione dell'ovario sinistro, d'altronde indicata per un piccolo tumore cistico che su questo sorgeva.

La ferita venne riunita con la sutura profonda e superficiale con filo di seta a punti staccati, quella per ottenere il combaciamento delle superfici sierose, questa per conseguire la riunione cutanea. La donna tollerò molto bene la narcosi cloroformica e l'atto operativo.

Alcuni giorni dopo dovetti assentarmi per un viaggio all'estero

già da parecchio tempo divisato. Del resto partii tranquillo perchè lasciava la operata alle intelligenti e premurose cure del Dott. Beisone e del Dott. Gay. Si fu questi che mi procurò gli appunti dei giorni che tennero dietro alla operazione.

Riporto in un prospetto il risultato delle osservazioni fatte sul polso, sulla temperatura e sulla respirazione perchè è questo il metodo che meglio mette in mostra lo andamento consecutivo e permette di afferrare le prime minaccie che possono manifestarsi o sotto la forma del collasso, della setticemia, della peritonite e via dicendo. — I numeri romani indicano il giorno dall'operazione.

		P.	T.	R.
Giorno	29 ore 4 pom.	80	38,2	28
	30 — I. m.	84	37,7	20
	s.	100		
Luglio	1 — II. m.	84	37,3	24
	s.	84	37,3	18
	2 — III. m.	80	37	20
	s.	82	37,2	20
	3 — IV. m.	82	36,8	24
	4 — V. m.	90	36,5	20
	s.	84	36,8	16
	5 — VI. m.	86	36,7	16
	s.	84	37	16
	6 — VII. m.	84	37,2	18
	s.	84	37	
	7 — VIII. m.	78	37	
	s.	80	36,8	20
	8 — IX. m.	84	37,3	
	s.	80	37	18
	9 — X. m.	76	36,5	
	s.	90	37	

A questo prospetto poco resta ad aggiungere. Nelle prime ore dopo la operazione venne d'alquanto molestata dal vomito, le si amministrarono gli oppiati; venne tenuta immobile nel letto in posizione supina con le estremità inferiori semiflesse e sostenute da un cuscino collocato sotto i popliti. Dopo alcuni giorni le urine cessarono di essere albuminose; la quantità media nelle 24 ore fu di

cm 700-800³. Si estrassero a giusti intervalli col catetere. Il ventre si mantenne sempre piano; nella notte sopra il 1° luglio, 30 ore circa dall'atto operativo, venne presa da dolori addominali piuttosto vivi, che dopo breve tempo si dissiparono per ritornare meno forti nel dì seguente e poi cessare affatto. Nella sera del 1° luglio venne la mestruazione che continuò regolare per la quantità per 8 giorni.

I punti di sutura vennero tolti il 7 luglio, cioè nell'8º giorno dopo la operazione; la riunione nella parte profonda era completa non nella superficiale, cioè nella linea cutanea forse per gli urti di vomito ed i movimenti fatti dalla operata nei primi giorni; rifatti tre punti di sutura superficiale intercisa si accelerò la cicatrizzazione anche nello strato superficiale.

Si levò di letto il 17 luglio; con i ferruginosi, con gli amari ed il vitto carneo, in breve riprese le forze. Venne da me riveduta il 7 novembre dello stesso anno; l'ho trovata cresciuta in carni, il ventre piano, indolente, la cicatrice lineare soda, resistente; l'estremo superiore finisce al bellico; misura in lunghezza 8 cm. L'utero è nella sede normale mobile; si sente ancora grossa e spessa la parete posteriore ma un po' meno. Dopo il mese di luglio non è più ricomparsa la mestruazione. Ebbi di sue notizie nel mese di giugno dell'anno andato; la salute si mantiene sempre ottima; è però peggiorata la vista già non buona quando venne operata.

L'assistenza consecutiva concorse tanto e forse più dello stesso atto operativo al felice risultamento; ridonda tutta a merito dei Dottori Beisone e Gay, i quali raccolsero pure la maggior parte degli appunti e delle note cliniche più sopra riportate.

La cisti andò perduta, venne però esaminata tosto dopo la operazione, e ricordo che per la struttura e la disposizione si può con sufficiente esattezza paragonare a quella dell'osservazione seconda, che più innanzi verrà descritta.

Ecco il risultato dell'esame del liquido cistico: è limpido, di apparenza sieroso, densità 1007; contiene in discreta quantità albumina, che si rapprese in fiocchi col calore e con l'acido nitrico; trattato soltanto col calore si ha un leggiero intorbidamento che con l'acido nitrico si fa maggiore; all'esame microscopico si vede qualche cellula epiteliale pavimentosa, numerosi leucociti, qualche emasia con alcuni cristalli.

Seguendo l'abitudine mia di tenere nota dei fatti clinici più

notevoli, che alla osservazione si presentano, scrissi questa istoria tosto dopo la fatta operazione. Questa fu così regolare e facile, così scevro da complicazioni e da incidenti l'andamento consecutivo, e quindi a primo aspetto si poco interessante e meritevole di particolare ricordo il fatto clinico, che io fino a un certo punto resto al riparo del rimprovero, che mi si potrebbe fare di trascuratezza, per avere lasciato lo scritto mio per un triennio intero giacente senza darci l'ultima mano.

Già sono dette le ragioni per cui ho divisato di toglierlo dalle carte mie dimenticate ed affidarlo alla stampa; riunito ad altri e consimili fatti pratici acquista quella importanza che per sè non potrebbe certo avere. Non mi move l'ambizioncella di vedere figurare il mio nome nella storia geografica dell'ovariotomia; imperocchè è questo il primo caso nel quale venne questa operazione seguita da fortunato successo in quella plaga del Piemonte, che sta a ponente della Sesia ed ha per confine le Alpi e l'Appennino Ligure e per primaria città Torino. Ho detto a ponente della Sesia perchè mi è noto, che la ovariotomia venne con esito di guarigione fatta dal Bottini, ora professore di chirurgia operativa nella Università di Pavia, li 8 giugno dell'anno 1875 nello spedale di Novara, dove in quel tempo teneva il posto di chirurgo primario e di professore di ostetricia. Comunicava egli la sua osservazione all'Accademia di Medicina di Torino nella seduta del 26 novembre dello stesso anno. Non ultimo dei moventi dell' illustre operatore a renderla nota al pubblico si fu quello di accrescere il coefficiente dei successi che in quei tempi, da questi non certo molto lontani, si contavano tra noi in esigua minoranza.

Io non feci altro che iniziare nel luogo dove si aggira la mia pratica, la serie dei successi; a breve andare di tempo il Dottor Piovano in una casa particolare (1), ed il Novaro nella Clinica chirurgica del Prof. Bruno (2) compierono la stessa operazione con pari fortuna. È certo un soddisfacimento per quella potente molla umana che si è l' amor proprio, quando dopo una operazione di qualche rilevanza si arriva ad un esito lusinghiero colà dove prima non si erano registrati che rovesci; ma la osserva-

---

(1) A. Piovano. *Di una ovariotomia eseguita in Torino il* 1° *ottobre* 1880.

(2) G. F. Novaro. *Storia di due ovariotomie* eseguite mentre era 1° assistente nella Clinica diretta dal Prof. L. Bruno. Dall'*Osservatore, Gazzetta delle Cliniche di Torino*, 1882, N. 31 e seg.

zione mia offre la opportunità a svolgere considerazioni di maggiore momento di quella di vedere il proprio nome congiunto con un dato punto geografico nella storia degli eventi di una chirurgica impresa.

La natura fisica del liquido cistico limpido proprio come acqua di fonte, la unicità della cisti forniscono i fattori per l'esame di un quesito, che si può scindere in due interrogazioni, l'una riflettente la diagnosi e l'altra la cura. Il tumore esportato era cisti dell'ovario o del para-ovario? La semplice puntura della cisti sierosa non era forse bastante per conseguirne la guarigione radicale?

È quivi opportuno ricordare che i Tedeschi sotto il termine di para-ovario intendono il corpo di *Rosennauller;* è questo un residuo atrofizzato del corpo di *Wolff;* persiste per tutta la vita, è però più apparente nell'età bambina, in ispecie nel neonato; sta situato nell'ala media del legamento largo, che riceve pure la tuba falloppiana, la quale più sporgente essendone forma il margine superiore. Consta di 15-18 canaletti sottili, paralellamente disposti, che inferiormente terminano in fondo cieco arrotondito tutti diretti verso l'ilo dell'ovario; dal lato tubarico si gettano in un canale perpendicolare alla loro direzione, e quindi parallelo all'ovidutto. Le cisti para-ovariche dette pure dei legamenti larghi consistono nella dilatazione di questi tubi od in quella della vescichetta terminale del para-ovario; ora sono sessili, ora peduncolate; quelle si sviluppano fra le pagine dei legamenti larghi e possono raggiungere grandi dimensioni; queste per contro non arrivano a grande volume, sono costituite da un sacco fibroso a parete sottilissima, che spesso si rompe, rivestite all'interno da uno strato unico di epitelio cilindrico talvolta vibratile; sono separate dal peritoneo da un tessuto cellulare lasso ed in certi punti da fibre muscolari liscie, onde ne risulta facile la enucleazione; mentre per contro il peritoneo aderisce sempre in un modo stretto all'ovario ed alle cisti ovariche fatta eccezione delle adiacenze del peduncolo. Questo nelle cisti del para-ovario o manca od è molto largo; il che ne rende la esportazione più difficile e più pericolosa.

L'ovario e la tromba si spiegano sulla superficie delle cisti para-ovariche, cui lassamente aderiscono mediante il tessuto connettivale. Sono per il solito uniloculari e crescono lentamente, talvolta però l'accrescimento si osserva rapido; non danno luogo a

deperimento generale ed a fenomeni di impacciato circolo venoso, quindi non dilatate le vene sottocutanee, non edemi, non albuminuria, non turbata la mestruazione, ed anche quando arrivano ad un volume cospicuo lo stato generale si mantiene buono, lodevole, e le donne poco soffrono. La qual cosa si spiega per la composizione della neoformazione; questa considerata fisicamente essendo quasi intieramente liquida gli organi ed i vasi vicini per legge di accomodamento si adattano alla sua presenza e viene facilmente tollerata; sotto il punto di vista chimico poi è povera di parti solide, povera di albuminati; quindi mite e facilmente riparabile la perdita imposta all'organismo dallo svolgersi di cotesti tumori.

I sintomi più particolarmente significativi delle cisti para-ovariche potendo pure riscontrarsi nelle ovariche la diagnosi non si può mettere sovra una base sicura se non si procede alla puntura; con questa si ottiene un liquido trasparente, limpido come acqua di fonte la cui densità varia da 1003 a 1007 di reazione alcalina, contenente in copia cloruro di sodio, ed appena traccie di albumina; la paralbumina non si trova che in casi eccezionali. Il venire a contrapporre la genesi e lo andamento dei cistomi ovarici supererebbe i limiti segnati a questo lavoro; d'altronde si sa, che sono fatti morbosi che si toccano ed occupano un posto molto vicino nei quadri nosologici e nelle osservazioni narrate in questo scritto ne è adombrata la storia anatomica e clinica. Nel caso da me raccontato si pose addirittura il diagnostico di cistoma ovarico.

Infatti deponevano in favore della diagnosi stata fatta lo sviluppo del tumore rapido, sopratutto negli ultimi mesi, il suo ragguardevole volume, l'aspetto di patimento della donna non spiegabile con le menorragie perchè associato a dimagramento, la distensione delle vene sottocutanee addominali e per ultimo l'albuminuria.

L'utero era davvero poco mobile, ma questo fatto non era punto attinente al cistoma ma bensì all'accresciuto volume dell'utero; viene il diagnostico appoggiato dall'esame anatomico; la cisti era resistente nè lacerossi quando venne tratta fuori con le pinze dentate del Nelaton, lungo il peduncolo: spiace che si debba quivi lasciare la lacuna dell'esame microscopico che forse l'avrebbe appieno confermato. Il contenuto era bensì limpido e fluido, ma ricco di albumina con un indice di densità molto basso ma che talvolta s'incontra nelle cisti ovariche. Secondo Scherer ed Eisch-

vald, citati dal Gaillard Thomas, le cisti ovariche contengono talvolta un liquido chiaro, sieroso e scorrevole; quando il liquido si presenta con questi caratteri il rivestimento interno della parete cistica è formato da cellule cilindriche.

Partendo da questo concetto diagnostico rigettai la puntura, la quale nei tumori ovarici ha soltanto il valore di un provvedimento palliativo. Viene quella diversamente apprezzata dagli autori; Koeberle la raccomanda come vantaggiosa allorquando sono in scena disturbi dell' apparato chilopoietico dovuto alla pressione del tumore fattosi ormai grande; anzi assegna alla puntura una essenziale importanza come mezzo preparante opportunamente alla operazione radicale perchè con lo svuotamento può di molto venire ridutto il volume del tumore quando questo è ragguardevole (1). Vuole che sia fatta 5-10 giorni prima della ovariotomia: passa in rivista le condizioni favorevoli procurate dalla semplice operazione che si è fatta precedere. Lo spiegato favore che l'ovariotomista di Strasburgo dimostra per la puntura viene temperato dal giudizio scritto poche pagine innanzi (v. l. c. pag. 568), in cui si legge che quand' anche praticata con tutti i riguardi può dare luogo a gravi accidenti. Ed alla non tanto rara insorgenza di questi porterebbe a credere la statistica riportata dal Gaillard Thomas nel suo libro sulla Ginecologia; riunendo i fatti del Courty, del Kivisch, del Lee e del Southam ne risulta che su 110 casi in 46 = 41,80 per cento sopraggiunse la morte dopo la prima puntura; il Dott. Foch su 132 malate ne perdette 25 = 18 per cento. Questi risultamenti statistici sono certo di tale valore da mettere all' ostracismo la puntura come mezzo preparatorio fatta la eccezione di circostanze speciali dai maestri della materia ben definite; questa considerazione veniva ad acquistare uno speciale favore per me, che in fatto di ovariotomia mi trovava alle prime armi; era quindi debito mio il non mettere il piede per una strada per la quale, checchè ne dica il Koeberle, oltre i pericoli si fanno maggiori le difficoltà della divisata operazione. Rifiutata per scopo diagnostico e come atto preparatorio non si poteva mettere in atto per obbedire ad altre indicazioni, le quali danno alla puntura il valore di un

---

(1) Koeberle. *Pathologie des ovaires. Dictionnaire de Médecine et de chirurgie pratique,* Tome XXV, pag. 562.

provvedimento palliativo imposto dal tumore fattosi ormai enorme non essendo acconsentita la ovariotomia dalle gravi condizioni dello stato generale della donna, da pelviche aderenze e via dicendo.

In sull'ovario sinistro si vide sporgere un piccolo tumoretto che fu giudicato essere il principio di cistoide degenerazione; venne quello esportato previa la legatura dei legamenti e dei vasi trasformati con un solo cingolo in un peduncolo che venne affondato. Ma la sorgente principale della indicazione per la castrazione completa non si deve ricercare nell'ovario, ma bensì nell'utero, il cui ingrossamento venne riconosciuto dipendente da un fibromioma avente sede nella parete posteriore. Trenholme nel gennaio dell'anno 1876 estirpò pel primo le ovaia per fibroma dell'utero, nell'agosto dello stesso anno l'Hegar fece due operazioni di questa specie senza saper nulla del caso di Trenholme; i due citati ginecologi ebbero imitatori e seguaci nel Kaltenbach nel Freund nell'A. Martin ed in altri. Fatta eccezione del caso di Trenholme, nel quale l'emorragia periodica ritornò tre volte dopo l'operazione però in grado minore e fu facilmente frenata con gli astringenti e si è allo oscuro riguardo al corso ulteriore, in tutti gli altri casi in cui la doppia castrazione non fu seguita dalla morte le emorragie cessarono e nel tumore si determinò un processo involutivo per rapida atrofizzazione. Questi risultati pienamente conformi alla fisiologia ed appoggiati ormai a sufficiente clinica esperienza mi portano a stabilire la regola, che ogni qual volta col cistoma ovarico ha sede nell'utero un fibromioma, esportato il tumore ovarico si deve pure estirpare l'altro ovario sebbene sano per ottenere nella abolizione completa della funzione ovarica la causa determinante della menopausa.

È di gran lunga preferibile la castrazione completa agli atti operativi sull'utero, che di molto vengono a peggiorare le sorti dell'operata. Facendo un passo innanzi la doppia castrazione come atto complementare della ovariotomia semplice è indicata ogni qual volta venne riconosciuta la esistenza di qualcuno di quei fatti morbosi che già vennero con vantaggio corretti con la operazione, cui il Battey diede il proprio nome, i quali vennero sottoposti ad accurata analisi e ad avveduta critica con mano maestra dal Prof. Hegar che veramente fu il primo ad aprire con questo nuovo intraprendimento chirurgico una nuova via alla terapeutica in una serie abbastanza estesa di mali, che fanno

triste e mettono anche in pericolo la vita della donna durante il ciclo generativo (1).

In sul principiare della terza giornata dopo la operazione venne fuori dai genitali un po' di sangue; lo scolo sanguigno continuò con le parvenze di una vera mestruazione. Non ripugnerebbe punto agli insegnamenti della fisiologia il credere che si trattasse veramente di mestruazione, la quale già ricevuto avesse la spinta determinante dalla deiscenza follicolare verificatasi prima della castrazione. Accettando le idee del Kundrat, dell' Engelmann e del Williams la mestruazione avrebbe luogo per degenerazione grassosa degli strati più superficiali della mucosa uterina, per cui fattisi i vasi, che in essi scorrono meno resistenti, si rompono per poco, che si accresca la tensione sanguigna. Fra la causa impellente - deiscenza follicolare - e l'effetto - emorragia menstrua - si deve venire ad ammettere che vi passa un certo tempo; un mutamento istologico come quello della degenerazione adiposa non si fa in poche ore, e quindi esportato l'ovario dopo la maturazione dell'ovicino la mestruazione può egualmente avere luogo se la castrazione fecesi in quel periodo, che sta fra la deiscenza follicolare e la mestruazione. Non regge questa interpretazione quando il flusso sanguigno nè per il tempo, nè per la quantità, nè per la durata riproduce il tipo menstruale, che è proprio della donna in cui si osserva; in questi casi conviene ammettere che si tratta di vera emorragia dovuta ad iperemia collaterale dell'utero per la brusca abolizione di una estesa provincia vascolare. Lasciando da parte queste teoriche disquisizioni resta ad aggiungere che questa fu l'ultima volta in cui la donna ebbe perdita di sangue dai genitali. Anche in lei fu completo e sin' ora permane il silenzio funzionale nell'apparato utero-ovarico.

---

(1) A. Hegar. *La castrazione delle donne.* Raccolta di conferenze cliniche edite da R. Wolkmann, N. 143-45, 1881.

II.

Cisti sierosa dell'ovario destro - ovariotomia; emorragia secondaria dal peduncolo; nuova legatura. - Guarigione.

Luigia Bollone di Corio, contadina, essendosi conservata in stato nubile potè sempre dimorare nella casa in cui nacque, che sta isolata in luogo assai salubre.

Ebbe la prima mestruazione a 15 anni; la durata di questa fu dapprima di 7-8 giorni, poi di giorni 4-5, e da qualche anno ritornò a farsi come dapprima, cioè di giorni sette ad otto. Conta 48 anni di età, e su i suoi patologici precedenti vi è poco a dire. Proviene da genitori sani; venne colpita, non sa dire con precisione se quattro o cinque volte senza causa nota da coliche intestinali con vomito.

Il primo accesso di colica lo ebbe a 15 anni, il secondo a 20, l'ultimo ora fanno 4 anni all'incirca. Durante l'inverno dell'anno 1881 soffrì di pirosi, e nel febbraio dello stesso anno il ventre incominciò a crescere di volume ed in modo così rapido ed evidente da metterla seriamente in pensiero per più motivi, di cui non occorre parlare. Non sa indicare il punto di partenza del tumore; ricorda però che in quel turno la mestruazione si rifece abbondante ripigliando la durata che già ebbe altra volta, cioè quando incominciò ad essere mestruata.

Li 14 giugno del 1881 è la data del primo esame: è donna di statura un po' inferiore alla media, di conformazione scheletrica buona, notevolmente magra, distrutti quasi intieramente i denti dalla carie, il colorito è di colore terreo all'infuori delle guancie che sono iniettate, rugosa la faccia, dimostra un'età superiore alla vera. Il ventre è voluminoso, di forma sferica, sporgente allo innanzi. Si vede disegnata come una sfumatura la linea bruna; non smagliature sul ventre; ve n'ha però qualcuna di data antica sulla regione superiore esterna delle coscie; pianeggiante la cicatrice ombelicale; palpato ed esplorato per bene in tutta la sua estensione il tumore, non si sentono parti solide, ed è ovunque distinta la fluttuazione. La linea dell'ottusità è rap-

presentata da una curva regolarmente convessa tanto in alto che lateralmente; arriva a pochi centimetri dall'appendice xifoide. Il fegato è spinto in alto; la percussione nella linea ascellare anteriore dà a destra in corrispondenza del margine costale un suono timpanico intestinale; nella linea ascellare posteriore la ottusità cistica si confonde quasi con l'epatica. In quella regione del lato destro, che ha per limite l'ultima costa, la cresta iliaca e la linea ascellare posteriore abbassata, si sente distinto il suono timpanico intestinale; a sinistra l' area intestinale è un po' più estesa. Sulla linea mediana durante la inspirazione l'area ottusa si abbassa alquanto. Afferrando con le due mani il tumore si può allontanare dall' ingresso del bacino senza difficoltà. Integro l' imene; l' utero in antiflessione leggera; si presero le seguenti misure:

Circonferenza ombelicale . . .	84	cm
» sottombelicale . .	86	»
Linea xifo-pubica.	34	»
Distanza ombelico-spinosa destra .	19	»
» » sinistra	19	»

Abbondanti e normali erano le orine; si prescrissero i preparati di ferro e si rimandò la donna col proposito di operarla più tardi.

Nel novembre dello stesso anno ritornò in Torino dal suo paese per essere operata; per questo scopo venne ricevuta nella propria casa dalla signora Gay levatrice, che le prestò durante le lunghe e gravi vicende che susseguirono all'atto operativo, bella ed intelligente assistenza. Dal luglio in poi venne con qualche frequenza molestata da dolori all' ipocondrio sinistro ed all' epigastrio; questi dolori venienti ad accessi sono determinati dal cibo e dal lavoro. Dopo il settembre ebbe per due volte la mestruazione, e durò ogni volta giorni quindici. Il ventre si è fatto più voluminoso e sporgente come risulta dalle misure che vennero ripigliate.

Circonferenza ombelicale . . .	98	cm
» sotto-ombelicale . .	94	»
Linea xifo-pubica.	41	»
Distanza ombelico-spinosa destra .	25	»
» » sinistra	24,5	

Non mutati gli altri segni all' infuori dell'area intestinale, che si era fatta più ristretta. La menorragia manifestatasi ultimamente portò a fare sull'utero un più diligente esame. Afferrato il collo con una pinzetta americana il viscere si potè con facilità trarre sino all'ostio vaginale, praticando nello stesso tempo la esplorazione rettale non si riscontrò parte alcuna solida resistente fra il fondo dell'utero ed il tumore cistico. La sonda penetrò nell' utero per cm 7 1/2. La diagnosi accennava con sintomi univoci ad una cisti sierosa dell'ovario uniloculare senza aderenze nè al bacino, nè all'utero, nè al fegato.

Procedetti li 13 novembre verso le ore 2 pom. all'operazione con l'assistenza dei Professori Chiara e Cuzzi e dei Dottori Anglesio, Bergesio ed Inverardi. Messa allo scoperto la cisti con una incisione di 10 cm fatta sulla linea mediana, la quale finiva in basso alla distanza di 5 cm dalla sinfisi pubica non si riscontrò aderenza alcuna; si punge col trocarre del Thompson, ne esce un liquido spesso di colore grigiastro. Estratta la cisti apparve il peduncolo lungo 7 cm e non meno largo, era innestato sull' ovario destro. Si afferra col klammer curvo e si stringe con doppia legatura passata attraverso il peduncolo con un ago a punta ottusa e fatta con filo di seta disposto a cordoncino; esportata la cisti ed assicuratici che dalla superficie di sezione non veniva sangue, si tagliano i fili e si affonda il peduncolo. Nel pulire il cavo peritoneale e la ferita addominale notossi un po' di gemizio sanguigno dall'angolo inferiore della ferita. Fu cosa di poco momento, nè quivi se ne sarebbe fatto parola se questo fatto più tardi non avesse contribuito a trarci in errore sulla vera origine della emorragia consecutiva. Si riunì la ferita con la sutura a punti staccati superficiale e profonda fatta con seta.

La donna sopportò molto bene l'atto operativo, che fu breve. Fatta la medicatura secondo il metodo del Lister si sovrappone al ventre un cuscinetto di migliarola. La rivedo alla sera col Professore Cuzzi; la parte inferiore della medicatura appariva macchiata di sangue, che si giudicò proveniente dall'angolo inferiore della ferita stato un po' malmenato e scollato nella estrazione della cisti; d'altronde veniva questa credenza confermata dallo stato generale buono; dessa non si lagna d'altro che del cuscinetto di piombo che trova pesante, e di un po' di dolore alla ferita, ed è di quando in quando disturbata da qualche urto di vomito.

Ma prima di andare innanzi per esporre in parte il diario clinico per varie complicazioni notevole metto quivi sotto la forma di prospetto le note quotidiane sul polso e sulla temperatura; i numeri romani indicano il giorno dall'operazione:

			P.	T.		Osservazioni
Novembre	14	I.	108	37,3	m.	
			104	37	s.	
			120	37,3	s.	Emorragia del peduncoio.
	15	II.	104	37	m.	
			92	37,5	s.	
	16	III.	102	37,5	m.	
			100	37,5	s.	
	17	IV.	100	37,8	m.	
			100	37,8	s.	Scolo sanguigno dai genitali.
	18	V.	90	36,8	m.	
			100	37,5	s.	Delirio.
	19	VI.	100	37,5	m.	
			102	38,2	s.	
	20	VII.	108	37,5	m.	
			100	38,2	s.	
	21	VIII.	100	38	m.	
			104	38,8	s.	Funghillo.
	22	IX.	100	37	m.	
			100	37,5	s.	
	23	X.	100	37,5	m.	
			100	37,5	s.	
	24	XI.	92	37	m.	
			100	37	s.	
	25	XII.	98	36,8	m.	
			102	37	s.	Si toglie il tubo di drenaggio.
	26	XIII.	96	37	m.	
			100	37	s.	
	27	XIV.	100	37,5	m.	
			100	37,2	s.	Cadono alcuni fili.
	28	XV.	100	37,8	m.	
			102	38	s.	
	29	XVI.	98	37	m.	
			104	38,5	s.	
	30	XVII.	100	37,5	m.	
			108	38	s.	Strati grigiastri sulla piaga

		P.	T.		Osservazioni
Dicembre	1 XVIII.	100	38,8	m.	
		104	38	s.	
	2 XIX.	104	38	m.	
		112	39,2	s.	
	3 XX.	100	38,2	m.	
		114	39,2	s.	Si distacca il nodo della seconda legatura.
	4 XXI.	96	37,5	m.	
		100	38	s.	
	5 XXII.	98	37,5	m.	
		96	37,5	s.	
	6 XXIII.	92	37,5	m.	
		98	37,5	s.	
	7 XXIV.	90	37,5	m.	
		94	37,5	s.	
	8 XXV.	88	37	m.	
		92	37,5	s.	La piaga detersa dalle stratificazioni necrotiche si chiude a vista d'occhio.

Ripiglio ora la narrazione del fatto clinico; nel mattino delli 14 novembre, 1° giorno dopo l'operazione, si notarono i seguenti sintomi: lingua secca, sete intensa; le macchie di sangue dalla medicatura si estesero al lenzuolo sottostante. Su questo piede continuarono le cose per tutta la giornata. Verso le ore 8 pom. succede un rapido cambiamento di scena. La malata si sveglia di soprassalto dietro un forte urto di vomito, nello stesso tempo si altera la fisionomia, la respirazione, dapprima sempre normale, si fa dispnoica, s'aggiunge il singhiozzo, al quale non tardano ad associarsi violenti dolori nel ventre. Chiamato in fretta arrivo presso la donna e già vi trovo il Dott. Inverardi, la cui cooperazione mi fu molto utile in sì grave momento. I sintomi si erano fatti ancora più imponenti, i dolori si erano estesi alla zona sopra ombelicale, il polso piccolo, violento il singhiozzo. Si toglie la medicatura, dalla ferita già riunita non esce sangue; il ventre è teso, alquanto arcato in tutta la estensione, al tatto si fanno maggiori i dolori; nelle regioni iliache si sente quella specie di crepitìo proprio delle raccolte fluide. Si sciolgono i due punti inferiori della sutura profonda che si aveva avuto la previdenza

di riunire ad ansa, si separa col dito la coalescenza già fattasi ma ancora debole, ne viene tosto fuori un getto di sangue liquido, venoso; introdotto un tubo di vetro lungo 10 cm e lavato il cavo peritoneale con acqua fenica il sangue continua a fluire in certa copia; era evidente che l'emorragia veniva dal peduncolo. Si dovette mettere riparo al caso veramente urgente con i pochi istrumenti che si avevano sotto la mano, cioè due pinzette emostatiche della seta fenicata e qualche ago per sutura; l'apparecchio per la ovariotomia già era stato portato presso la donna, che formerà il soggetto della terza osservazione.

I due punti di sutura stati tolti non concedevano spazio sufficiente per introdurre due dita nel cavo pelvico ed andare con qualche sicurezza alla ricerca del peduncolo, che in esso si trovava affondato: si tagliò un altro punto annodato con doppio nodo chirurgico; si potè allora fare passare il dito medio e l'indice; sulla guida del fondo e dalla parete posteriore dell' utero mi diressi al parametrio di destra; quivi non senza difficoltà stante la cortezza delle pinzette usate arrivai ad afferrare il peduncolo e portarlo nel campo della incisione addominale; un laccio era fuori di sito, non saprei dire se per i maneggi nella estrazione o per altra causa, non si vedeva ben distinto il vaso che dava sangue; si portò in massa sul peduncolo un cordoncino fatto con quattro fili di seta del Lister N. 1, non si aveva altro; fatto il doppio nodo i fili riuniti in un fascio si lasciarono in corrispondenza dell'angolo inferiore della ferita. Nettato con spugne il cavo pelvico e lavato con acqua fenica si collocò un tubo di drain incurvato ad ansa i cui due estremi stavano in corrispondenza dei due angoli della soluzione di continuità riaperta, cioè l' angolo superiore era costituito dal punto inferiore di sutura lasciato intatto, e l'inferiore, nè occorre di dirlo, era quello della ferita addominale.

Fra i due tubi sporgenti allo infuori si praticò un punto di sutura superficiale, cioè non comprendente il peritoneo ed un altro sopra il tubo superiore. Il tubo di drain, così foggiato a curva regolare, penetrava al disotto del piano della soluzione di continuità della parete addominale sino alla profondità di 7 cm circa. Si fece ancora una lavatura con acqua fenica per la via del drain e poi si medicò con una striscia di protettivo, cotone fenicato e la fascia igroscopica. Soddisfatto alla chirurgica indicazione non si dimenticò quella medica cercando riparo ai dolori,

al vomito ed al collasso con la morfina e gli eccitanti, le cose calde sul capo.

Novembre 15 (II). — Continua il vomito, il ventre si mantiene piano. Con frequenza si fanno irrigazioni di acqua fenicata tiepida per il tubo di drain; il ventre si fa in qualche momento arcuato, disteso, ma non teso nè dolente.

Inutile e tedioso sarebbe il continuare il diario clinico. La paziente venne sempre tenuta in decubito dorsale con le coscie tenute flesse sul bacino da un cuscino collocato sotto i popliti, sostenendo le forze e combattendo i fenomeni nervosi, di quando in quando vaniloquio per anemia cerebrale; lo stato dell'animo oscillante fra la speranza e la malinconia; talvolta qualche minaccia di collasso facilmente scongiurato.

Li 17 (IV) venne la mestruazione che durò due giorni. Il ventre quasi sempre piano, talvolta dolente spontaneamente, di rado disteso.

Li 21 (VIII) si aggiunse la micosi della cavità orale, fastidiosa complicazione perchè rese assai più difficile l'alimentazione. La medicatura si fa sempre in modo eguale, si solleva d'alquanto ogni volta il tubo di drain. Si lava con acqua fenica, e rimesso in sito il tubo si applica una striscia di tela protettiva, che lascia allo scoperto gli estremi del tubo, poi si sovrappongono parecchi fogli di garza antisettica ed un grosso strato di cotone fenicato, tenendo il tutto stretto con una fasciatura a corpo. La cavità ove sta il tubo di drenaggio va via via restringendosi; esce un pus di buona natura; la piaga prendeva buon aspetto; tolto a tempo debito i punti di sutura si trova in alto la soluzione di continuità molto bene riunita.

Li 25 (XII) si toglie il tubo di drenaggio; due giorni dopo vennero fuori alcuni fili, si sperava, che quelli rimasti sepolti nelle parti si sarebbero resi encistici per il formarsi e l'addensarsi del tessuto connettivo. Così non fu.

A turbare questo felice andamento sorse una nuova complicazione di origine infeziosa preceduta ed accompagnata da accessi febbrili con ingruenza a freddo. Gli accessi erano per solito quotidiani, breve il brivido; il periodo, in cui ebbe luogo la manifestazione febbrile, abbracciò quel tempo che va fra l'ultimo giorno di novembre e il 6° di dicembre (XVII-XXIII). Il pus si fece abbondante e di cattiva natura; la piaga si coprì di placche grigiastre formanti uno strato abbastanza spesso. Si amministrò

il chinino e si toccò ripetutamente la superficie ulcerosa con alcool rettificato. Il processo ulcerativo necrotico mise allo scoperto altri fili, che vennero estratti li 3 dicembre col nodo con cui si era la seconda volta legato il peduncolo. A poco a poco le stratificazioni micotiche si distaccarono, ricomparvero le granulazioni, la piaga si riempì a vista d'occhio e si coprì di resistente cicatrice, verso il finire dell'anno la donna pienamente guarita si restituì al suo paese.

Sulla struttura anatomica della cisti bastano poche parole. La cisti vuota pesa grm. 370; è multiloculare; la superficie esterna è liscia, di colore bianco-grigiastro; qua e là si vedono piccoli vasi nella spessezza della parete. Il tumore si compone di due cisti: una grossa che figurata distesa dal liquido che conteneva, raggiunge il volume di un utero a termine di gravidanza, l'altra corrispondente in volume al decimo di questa; nello spessore della parete della grande cisti in vicinanza del peduncolo stanno contenute due altre cisti minori, le quali tagliate si mette allo scoperto una sostanza analoga al muco concreto. Presso al peduncolo si vede la parte esterna del legamento largo con una porzione dell'ovidutto della lunghezza di 3 cm. Lo spessore della parete cistica è quasi uniforme e varia da mm 1 1/2-2. Sulla superficie interna si notano varie ripiegature sotto forma di valvule, che accennano a loculazioni primitive della grossa cisti.

Il fatto clinico era fra i più semplici che si possono desiderare. Non molto robusta ma sana la donna; il tumore pauciloculare con pareti resistenti, lungo il picciuolo; l'atto operativo decorse in modo regolare; tutto prometteva una pronta e sicura guarigione e questa si sarebbe davvero in breve raggiunta se non fosse sopravvenuta una emorragia secondaria dal peduncolo, la quale poco mancò che togliesse di vita la paziente, ed impose come una necessità per la salvezza sua lo andare per una via sicura alla ricerca del peduncolo e sopra gettarvi una nuova legatura perdendo in questo modo il beneficio della riunione per prima intenzione. Non è senza pratica utilità lo investigare la cagione della emorragia; riguardo alla sede non v'ha dubbio proveniva per certo da una vena del peduncolo; ma facendo quivi difetto nozioni esatte sullo stato anatomico del picciuolo è necessità per scoprire la causa per cui la vena si aprì o si ruppe lo abbandonarsi intieramente al metodo induttivo.

Non pare credibile, che la emorragia dipendente fosse dalla

rottura di un canale venoso peduncolare sotto la scossa del vomito stato smagliato od in parte lacerato nell' istante in cui si strinse il laccio stante che la forza impiegata non fu punto esagerata. Una spiegazione più convincente si trova nella forma e resistenza impartita in una data direzione dal klammer al peduncolo; su questo messo per bene allo scoperto nel campo della ferita addominale si portò un klammer a branche incurvate sul piatto e fornito nei manici di un potente apparecchio di compressione, tenendo conto della lunghezza del braccio di leva della potenza. Il peduncolo in tal modo afferrato si fece largo ed appiattito e per un certo tratto sotto i morsi dello strumento fisso ed incedevole. Portato il laccio poco sotto il piano della linea compressa dal klammer ed anche stretto con forza, che pareva sufficiente, non fu tuttavia bastante per chiudere in modo durevole il lume dei vasi e trasformare il peduncolo foggiato a lamina dal klammer in un cordone rotondo.

Il klammer a branche rette ed incurvate sul piatto sin che sta in posto agisce in direzione opposta a quella della legatura e ne contrasta l' azione; ne può quindi succedere che il cingolo non stretto con tutta efficacia si rallenti o si sposti dietro qualche causa accidentale. L'uso del klammer provvisoriamente applicato sul peduncolo per esportare la cisti che ingombra il campo operativo, che vuole essere libero quando si deve applicare la legatura, è più comodo e più spedito del costrittore; ma la legatura definitiva per andare incontro al pericolo di una emorragia secondaria è conveniente che sia portata ad una certa distanza dal klammer ad esempio, non meno di due centimetri, ovvero che i fili siano stretti con forza maggiore, che quando il peduncolo è transitoriamente stretto dal costrittore o da un clamp, che agisce con pressione regolarmente centripeta come, ad es., quello dello *Spencer wells*. Voglio con questo dire che nel grado di forza spiegata per stringere il nodo conviene tenere una giusta via di mezzo, bastante cioè per l' emostasi assoluta non di troppo da lacerare i tessuti, ma un po' maggiore quando il movimento concentrico determinato nel peduncolo dalla legatura è impedito dall'azione del klammer a branche paralelle.

Oltre la interna emorragia sonvi altri stati patologici che possono mettere in scena la imponente sindrome morbosa subitamente manifestatasi nel 2° giorno della operazione; accennare intendo alla peritonite ed alla setticemia acuta, ed a questi epi-

sodi che sorgono quale frequente e minacciosa complicazione dopo la laparotomia si rivolse in quel frangente la mia attenzione. I dolori piuttosto vivi e diffusi a tutto l'ambito del ventre, che sotto la esplorazione manuale si facevano più vivi, il vomito, il singhiozzo, la stessa dispnea sono sintomatiche manifestazioni della peritonite; ciononostante la diagnosi differenziale non si presentava guari difficile. La rapida invasione e l' acme cui in breve i sintomi insorti si elevarono non è propria dei processi flogistici fatta la eccezione della peritonite da perforazione, alla quale non si poteva pensare perchè faceva difetto il criterio eziologico. Non si era osservato il brivido, che è sintoma prodromico abbastanza comune della peritonite, e mancava la febbre. Questo dubbio diagnostico venne quindi rimosso appena nato; l' errore in questo caso non sarebbe stato dannoso. Se peritonite era questa sarebbe stata per certo di origine settica, onde ponendo in atto la indicazione di riaprire la ferita addominale con sollecitudine per dare esito alla sostanza settica e lavare il cavo peritoneale si sarebbe scoperto l'errore abbastanza in tempo perchè ne venissero allontanate le funeste conseguenze.

Il collasso o schok che si voglia dire, si prestava ancora meno bene per rendere ragione dell'accidente. Il peritoneo non era stato esposto a raffreddamento nè di rilevanza nè prolungato, la donna aveva già passato non solo ore ma di già più di un giorno intero in uno stato non solamente senza pericolo ma di benessere, nè il polso si era fatto piccolo, celere, manchevole. Nè meglio calzava il trarre in campo quella specie di setticemia acutissima in cui il materiale settico versato in abbondanza nella cavità del peritoneo per il movimento peristaltico dell' intestino, per gli atti respiratori e per la pressione della parete addominale in breve si spande sovra estesissima superficie, e per le larghe e numerose vie dell'assorbimento penetra nel circolo in sì grande copia da avvelenare in breve il contenuto cellulare degli organi ed affievolirne od anche annientarne la vitalità.

La potenza di assorbimento della cavità peritoneale è proprio sorprendente; dagli sperimenti del Vegner risulta, che in un'ora, dalla superficie del peritoneo si può assorbire una quantità tale di liquido corrispondente al peso del 5-8 per cento di quello del corpo; il che è quanto dire, supponendo il peso medio del corpo in 65 kg, la quantità penetrante in circolo per la via del peritoneo supera il peso di 3 kg; in 1-2 giorni poi la quantità assorbita si fa equivalente al peso di tutto il corpo.

Questo assorbimento succede prontamente perchè l'endotelio del peritoneo diaframmatico contiene boccuccie e spazi, che conducono direttamente nei grandi vasi linfatici e da questi al sistema venoso è breve il passo. Se si iniettano nella cavità peritoneale medicamenti o veleni la loro azione è quasi pronta come se si fossero iniettati nelle vene; al contrario nello stomaco, nell' intestino e persino nel tessuto cellulare l' assorbimento è assai meno attivo. Quando arrivano nel circolo sanguigno a larga corrente le settiche sostanze il contenuto cellulare viene pure nutrito di principi settici, ne avviene un avvelenamento e gli organi fondamentali della vita non essendo più atti a funzionare ne succede il collasso. Non mancano esempi di donne operate di laparotomia, nelle quali, dopo ore, dopo uno od anche due giorni dalla operazione quando tutto lasciava sperare la guarigione di repente la temperatura si abbassò, il polso si fece filiforme e succedette la morte fra i sintomi del collasso erroneamente riferito allo Schok. Nel caso mio non era il collasso che primeggiasse sulla scena morbosa; la temperatura si conservava normale e il polso abbastanza buono.

I sintomi tutti trovavano una giusta interpretazione in una emorragia interna peduncolare, la quale dava luogo e all'anemia acuta e all' irritamento del peritoneo. Sono oggidì abbastanza numerosi i casi nei quali a scopo terapeutico si fece la trasfusione di sangue defibrinato ed asettico; ed in alcuni casi ne susseguirono per l'appunto all' atto operativo dolori addominali piuttosto vivi, sebbene il sangue introdotto oltre all' essere privato dalla fibrina fosse certo in quantità minore di quella osservata nel caso nostro per emorragia accidentale; stantechè e la tensione del ventre e l'anemia acuta portano a credere a perdita di sangue rilevante. Per la respirazione fattasi ansante, irregolare, a sospiri il sangue contro la legge di gravità si diffuse pure alle regioni superiori del ventre, onde i dolori piuttosto vivi e la distensione nella regione sopra ombelicale.

Ciò nullameno sebbene il sangue raccolto nella cavità peritoneale lo fosse in copia sicuramente ragguardevole non si osservarono mai sintomi nè di peritonite nè di setticemia. Il sangue essendo asettico non ne poteva nascere la setticemia; e l'endotelio del peritoneo essendo eguale a quello dei vasi sanguigni il sangue si è conservato a lungo inalterato continuando a vivere come ne' suoi vasi, ed in parte venne riassorbito per un vero

processo di auto-trasfusione riparando in qualche modo ai danni della emorragia. Occorre quivi ricordare le ricerche sperimentali di Penzoldt, il quale versato sangue nella cavità addominale degli animali lo vide in breve senza danno alcuno assorbito. Negli ematoceli intraperitoneali per lo più ha luogo il riassorbimento del sangue versato; e nei casi eccezionali, in cui questo non si fa, conviene riflettere, che nell'ematocele il sangue è raccolto in massa e non diffuso a strati sovra una larga superficie.

La emorragia del peduncolo dopo la legatura non pare complicazione tanto rara. Il Gallez (1) riporta la statistica del Clay e del Negroni; il primo su 119 casi di morte ne riferisce 26 alla emorragia consecutiva, il secondo 5 su 65, complessivamente su 185 casi morti 29 = 15,70 per cento sono da attribuirsi alla emorragia secondaria. Il Koeberle osservò per due volte la emorragia dopo il distacco della legatura del peduncolo verso il 10° e 12° giorno in seguito ad uno sforzo. In un caso bastò il tamponamento fatto con filacciche imbevute dall' acqua del Pagliari per frenare l' emorragia; nell'altro fece metodicamente il tamponamento dello spazio infundibuliforme della cicatrice, dal quale veniva fuori il sangue, con filacciche imbevute di acqua emostatica, lo rinforzò con compresse e con una fasciatura circolare; vi sovrappose il peso di 1 kg ed aggiunse due vesciche di ghiaccio sul ventre; ciò nonostante la emorragia si rinnovò ed in un modo talmente inquietante da spingere il valente operatore ad un provvedimento radicale. Disfece l'apparecchio, ingrandì con le dita la lacerazione della cicatrice, dalla quale sgorgava il sangue, portò la compressione sul corso dell' arteria ovarica, ed estratti i coaguli s'impadronì del peduncolo, che era ancora in parte aderente alla parete addominale, ed afferrò l'arteria ovarica con una robusta pinza da medicatura, che con molta forza strinse. La emorragia cessò immediatamente e la donna guarì. Ho voluto riportare dal libro del Gallez questo fatto che è pure accennato dal Koeberle nel suo già citato articolo sulla patologia dell'ovario, perchè ha qualche punto di rassomiglianza con la mia osservazione. Io non ho sotto la mano il lavoro del Koeberle, nel quale sono in tutti i particolari riportate le due osservazioni di emorragia secondaria; ma dal sunto datone dal Gallez pare che il

---

(1) L. Gallez. *Histoire des kistes de l'ovaire, ecc.* Bruxelles, 1873, pag. 678.

peduncolo sia stato trattato col metodo intra-peritoneale mantenendo al di fuori i fili delle legature; con questo metodo sono più facili le emorragie secondarie dopo la caduta della legatura; mentre per contro col metodo da me messo in pratica, che è quello dello affondamento del peduncolo, sono se non facili certo possibili le emorragie secondarie per il rallentamento del nodo o lo spostamento della legatura; ma la emorragia consecutiva alla caduta della legatura non si deve osservare perchè il più spesso il pezzo strozzato con la legatura viene involto da una rigogliosa proliferazione connettivale; o nella sede del peduncolo si forma una peritonite essudativa circoscritta, ovvero la porzione di tessuto strozzata si disfa rapidamente e ne succede la morte per setticemia o per peritonite; in tutti i casi non è temibile la emorragia secondaria, che si potrebbe con più ragione dire tardiva, dovuta alla caduta della legatura.

Io non ho riportato in tutta la integrità il diario clinico. Non tenendo conto dell'episodio infezioso manifestatosi verso il XVII giorno con la distruzione ulcerosa della piaga, già bene avviata, dovuto con molta probabilità a qualche trascuratezza nella medicatura, i sintomi generali si possono mettere sotto il dominio dell'anemia e del neurosismo; ma non si osservarono mai sintomi nè di peritonite nè di setticemia, di guisa che anche quando la donna era più inquieta e sfiduciata il clinico osservando normale il circolo e la termogenesi o di poco dalla normalità discosti non s'incontrava ragione alcuna per perdere la speranza nella guarigione.

III.

Cisti moltiloculare dell'ovaio destro con ascite. Guarigione,

Il soggetto della terza operazione viene dato da una certa Molinar di Rocca di Corio, dell'età di anni 30, maritata, di professione contadina. È nata da padre robusto, che morì di polmonite; era meno robusta la madre, la quale presentava piuttosto pronunciate le note anatomo-fisiologiche, che qualificano il temperamento linfatico; essa morì di malattia lenta, probabilmente di cardiopatia organica. Abita una casa sparsa in luogo salubre. È

di statura media ben conformata; i capelli di colore castagno chiaro, di carattere buono ed arrendevole. Ebbe la prima mestruazione a 16 anni e regolare sempre della durata di giorni 3. Prese marito nell'età di 18 anni. Conta quattro gravidanze; la prima terminò all'8° mese dando alla luce un feto morto; le altre tre finirono con un parto felice di feti pervenuti a maturità. L'ultimo parto ebbe luogo nella primavera dell'anno 1877; il puerperio fu morboso per lungo e grave processo puerperale infezioso, durante il quale come principali episodi si osservarono la parametrite e la pleurite; ne guarì bene. Questa volta non allattò. La mestruazione ritornò nel secondo mese dopo il parto, e si fece più abbondante di prima. Dei figli suoi uno solo sopravvive.

Verso la metà dell'anno 1880 incominciò ad accorgersi dell'aumento di volume del ventre; stando alle sue parole il tumore sarebbe partito dalla fossa iliaca destra; lo avvertiva lei, lo riconosceva il Dott. Martinetti, che tosto emise il diagnostico di cistoma ovarico.

Il primo esame venne fatto nel suo paesello da me unitamente al Prof. Calderini li 26 agosto dell'anno 1881. La cute e le mucose già erano di quel pallore che si è soliti a riscontrare negli anemici; già visibile il dimagramento soprattutto alla faccia, al petto ed alle estremità superiori. La forma del ventre è arcata sporgente eguale a quella che si vede nella gestazione avanzata; il bellico è sollevato, non è in alcun modo distinta la linea mediana della superficie addominale anteriore. Riguardo alla diagnosi del tumore ovarico non mi sono incontrato mai in un caso più facile ed apparentemente più semplice. Si poteva questo molto bene circoscrivere con la mano e direi quasi studiarne con esattezza gli anatomici caratteri ed i rapporti. Il tumore si toccava mobile, di superficie liscia e regolare senza rilevatezza alcuna, ovunque fluttante; si poteva sollevare con facilità in alto allontanandolo dallo ingresso del bacino, in nessun punto dolente. D'altronde le particolarità anatomiche riflettenti la sede ed il volume risultano chiaramente dalle seguenti misure:

Circonferenza ombelicale	cm	98
Circonferenza sottombelicale . . .	»	100
Distanza spino-ombelicale sinistra .	»	21
» » » destra .	»	21
Dal pube al bellico	»	21 ½

Dal pube all'estremità superiore della cisti in linea curva	cm	35
Fra il margine costale e il limite della cisti a destra	»	5 ½
Fra il margine costale e il limite della cisti a sinistra	»	7
Dalla spina iliaca sinistra al punto più vicino del tumore	»	8

L'utero venne trovato vuoto in antiflessione e deviato alquanto a destra; sospingendo il dito in alto tutto all'ingiro del fornice vaginale non si arrivò a trovare l'estremo inferiore del tumore, si fece diagnosi di cisti ovarica uni o pauciloculare dell'ovaio destro senza complicazioni e libera da ogni aderenza. Si vedrà più innanzi come il diagnostico riguardo ad alcune parti per vero dire secondarie, se non si vuole ammettere che nei neoplasmi di questa specie succedono nel volgere del tempo mutamenti rapidi e di rilevanza, fu errato. Si prescrisse il ferro ed un genere di vita e di vitto confacente alle condizioni della malata, la quale accettò con piena fiducia la operazione radicale, che le venne proposta.

Li 10 novembre venne in Torino per essere operata e fu ammessa nella casa della signora levatrice Raposso. Lo stato generale non è mutato, non così del ventre. Questo si è fatto molto più voluminoso, è bensì sporgente all'innanzi quando la donna sta in piedi, ma allorquando giace in decubito supino si fa espanso e cadente sui lati come nell'ascite; la fonesi è pure quella dell'ascite, la linea cioè, che limita in alto la ottusità e la divide dalla sonorità timpanica è rappresentata da una curva, la quale passa per il bellico ed è rivolta con la concavità in alto. Chi si fosse limitato ad un esame superficiale, essendo così bene in questo secondo esame mascherata la cisti ovarica dalla raccolta liquida nel cavo peritoneale, avrebbe forse potuto lasciarla passare inosservata. Ma ricordevole del risultato del primo esame palpando profondamente e deprimendo la parete ventrale dopo breve tratto si arrivava abbastanza bene a toccare il cistoma, che pareva duro e si mostrava molto mobile nell'atmosfera liquida che intorno intorno si era formata in breve giro di tempo. Nulla riscontrandosi di anormale nè nel cuore, nè nel fegato, nè nei reni per via di esclusione venni condotto a conchiudere, che l'ascite era dovuto

allo irritamento del peritoneo consecutivo al cistoma ovarico. Non v'erano edemi alle estremità inferiori; era però edematosa la regione sottombelicale. Il ventre e per il volume cospicuo e per il peso si era fatto molesto soprattutto di notte perchè durante questa agli altri sintomi si aggiungeva la dispnea. L'utero si era abbassato; la sonda penetrò per 67 mm.

Già si era divisato di praticare la operazione li 14 novembre quando venuta la mestruazione si giudicò cosa prudente il rimandarla sino a che l'ovario si trovasse in stato di riposo funzionale. Meco acconsentirono in questo avviso i Professori Chiara e Cuzzi ai quali presentai la paziente.

La operazione venne praticata nelle prime ore pomer. delli 23 novembre ebbi per coadiutore il Prof. Calderini; e per assistenti i Dottori Inverardi, Nicola, Bergesio ed Anglesio. Presenziò pure l'atto operativo il Dott. Musso. Si fece nel luogo di elezione una incisione della lunghezza di 12 cm; perforato il peritoneo viene fuori il liquido dell'ascite di colore citrino scorrevole nella quantità di parecchi litri. Apparve la cisti di colore biancheggiante con varie chiazze qua e là fatte dalla iniezione di vasi minimi; si spacca col gamautte, ne esce fuori un liquido spesso, grigiastro. Di poco restava diminuito il volume del tumore; posteriormente ed in alto era costituito da una massa solida; spaccata questa viene fuori in poca quantità una materia semisolida. Si afferra il tumore con pinze dentate e con altre uncinate, ma per portarlo fuori fu necessario lo ingrandire la incisione addominale. Poche erano aderenze. La parte solida era grossa quanto la testa di un adulto, ed ingombrava tutto il campo operatorio trattenuta da un peduncolo largo e breve, il quale partiva dal parametrio di destra. Si afferrò il peduncolo col klammer curvo e si esportò sopra questo il tumore cistico, con un ago curvo a punta ottusa si trafigge il peduncolo in due punti, il quale viene quindi a risultare semmentato e legato in tre parti. Tolto il klammer provvisorio dando ancora la superficie di sezione un po' di sangue venne con un nuovo laccio di seta legato il peduncolo in massa. Conviene ricordare altra volta, che era così largo e spesso da dar luogo a qualche difficoltà per comprenderlo fra i morsi del klammer provvisorio. Nettata per bene la cavità peritoneale dopo avere in essa riposto il peduncolo si riunì la ferita e si medicò al modo solito.

La cisti è moltiloculare, pesa 1800 grammi, è di figura sferica,

non si vede traccia alcuna dell'ovidutto; colà dove si continuava col peduncolo appariscono grossi vasi; sulla superficie esterna si notano alcune briglie da aderenze. Il tumore esaminato in complesso consta di due parti: l'una anteriore, l'altra posteriore. Quella è costituita da una cavità cistica, e quando era ancora ripiena del liquido non solo copriva interamente la posteriore, ma si estendeva eziandio in alto; questa è formata da una massa solida e concorre per la massima parte a formare il peso totale del tumore. Questa disposizione spiega come la porzione cistica fluttuante nascondesse intieramente la solida, e portasse erronea-ad ammettere l'esistenza di una cisti semplice sierosa, uniloculare. La massa solida è formata da tessuto di neoformazione giudicato di struttura connettivale; è di colore grigiastro; si compone della agglomerazione di cisti di varia grossezza, delle quali alcune contengono una sostanza simile a muco, altre si presentano più consistenti di colore biancastro; sommate insieme le cisti raggiungono le tre decine.

L'andamento consecutivo fu abbastanza regolare; di modo che riportando sotto forma di specchietto le note sul polso e sulla temperatura si soddisfa nello stesso tempo alla brevità ed alla chiarezza.

Novembre 23	Sera	P. 90	T. 37,2
24	I. Mattina	P. 101	T. 38,1
	Sera	P. 100	T. 38,1
25	II. Mattina	P. 100	T. 37,1
	Sera	P. 104	T. 37,5
26	III. Mattina	P. 104	T. 37,5
	Sera	P. 120	T. 37,6
27	IV. Mattina	P. 112	T. 37,5
	Sera	P. 100	T. 37
28	V. Mattina	P. 96	T. 36,7
	Sera	P. 100	T. 38,5
29	VI. Mattina	P. 120	T. 38,3
	Sera	P. 116	T. 38,2
30	VII. Mattina	P. 100	T. 37,2
	Sera	P. 106	T. 38,7
Dicembre 1	VIII. Mattina	P. 104	T. 38,1
	Sera	P. 112	T. 37,8

2 IX. Mattina P. 108 T. 37,8
Sera P. 112 T. 38,6
3 X. Mattina P. 90 T. 37
Sera P. 96 T. 37,2

All'esposto poco resta da aggiungere per avere completo il diario clinico. Sin dai primi giorni dopo la operazione si notò vomito, dolori addominali sotto forma di colica con borborigmi e meteorismo. Tutti questi sintomi erano sotto la dipendenza di una complicazione verminosa, alla quale si credeva di avere intieramente provveduto nel giorno antecedente alla operazione col somministrare la santonina e l'olio di ricino, mentre per contro si dovette toccare con mano come i rimedi usati non furono sufficientemente efficaci; la operata nel I e nel III giorno dalla operazione emise lombrici per le vie superiori, ed i sintomi addominali con varia vicenda persistettero sino al X giorno, nel quale data nuovamente santonina con olio di ricino con copiose scariche alvine emise altri lombrici; il ventre d'allora in poi si fece piano, dileguossi il meteorismo con i dolori addominali. Non si era osato di ricorrere prima ai purganti ed agli antelmintici per tema di turbare il processo di adesione della ferita e quello della proliferazione connettivale intorno al grosso peduncolo. Frattanto da questo fatto ne deriva la indicazione certo non nuova, di togliere con energica terapeutica ogni complicazione verminosa prima dell'atto operativo. La santonina vuole essere ripetuta o meglio ricorrere a più efficaci antelmintici, come ad esempio all'olio etereo di felce maschio. Così facendo si eviterà l'inconveniente di vedere manifestarsi in visceri durante un periodo, nel quale l'assoluto riposo è necessario, sintomi che danno luogo a dolori, a movimento, ad irritamenti con risentimento febbrile, con pericolo di vedere turbato il processo di riparazione della operazione sostenuta vestendo sino ad un certo punto le parvenze della giustamente temuta peritonite.

Nel nono giorno rinnovata la medicatura si riscontrò una durezza ragguardevole per tutta l'altezza della ferita addominale ed in corrispondenza del peduncolo giacente nella regione iliaca destra; questa era dolente al tatto. La ferita era riunita ma s'incontrarono suppuranti alcuni punti di sutura, più di tutti il secondo, contando dall'alto al basso; ma in breve con lavature fenicate ogni suppurazione cessò e la donna pienamente ed in poco tempo la guarigione raggiunse.

L'ascite è complicazione bastantemente frequente dei cistomi ovarici. L'Hoffmann aveva già scritto: « Fœminis scepe intumescunt ovaria, cul vitio ascites supervenire solet. » Certo nulla vi ha, che porga ostacolo ai versamenti sierosi nella cavità peritoneale in donna, che sia affetta da cisti ovarica quando esistono le cause comuni che sono a tutti note; ma in questi casi la complicazione vera, sostanziale, che può esercitare qualche influenza sulle determinazioni dell'operatore, non sta nel remoto effetto rappresentato dall'ascite, ma bensì nella causa generatrice per il solito inamovibile dall'arte medica. Non è di questa specie di idrope intraperitoneale, che qui conviene occuparsi, bensì di quello che è sotto la diretta dipendenza del tumore ovarico.

In varii modi può una cisti ovarica dare luogo ad esalazione sierosa dalla superficie peritoneale sino alla misura di un fatto patologico. Il tumore può meccanicamente apportare impedimento alla circolazione venosa; ovvero obbediendo a rapida fase di svolgimento irrita il peritoneo e ne accresce la esalazione; per ultimo si può smagliare, lacerare in qualche punto la parete di qualcuna delle concamerazioni, di cui per il solito si compongono i neoplasmi dell'ovario e versarsene il contenuto nel cavo peritoneale. Infatti il Bennet riscontrò all'esame microscopico gli stessi elementi nel liquido intra-cistico ed in quello fattosi extra-cistico. Nel caso di Hilling l'apertura della cisti era netta, e non presentava traccia alcuna di anteriore infiammazione ulcerativa. I due liquidi erano evidentemente della stessa composizione e provenienza, sebbene non ne sia stato fatto l'esame microscopico. La cisti può pure rompersi per qualche causa traumatica; anzi in questi casi trattandosi di quelle specie di cisti, nelle quali la semplice puntura basta per la guarigione radicale, l'accidentale rottura può venire seguita dalla guarigione completa.

La raccolta ascitica si ordì nella donna, che forma il soggetto di questa osservazione, in modo subdolo, inosservato e bastantemente rapido; avvegnachè nel volgere di due mesi all'incirca si fece bastantemente rilevante. In nessun punto della superficie del tumore si osservarono nè smagliature, nè lacerazioni, nè altre soluzioni di continuità; nè il volume era tale da portare impedimento di qualche riguardo al corso della vena porta. Quindi per via di esclusione sono portato a conchiudere, che l'ascite fosse dipendente da stato irritativo del peritoneo. Da questa breve analisi intorno alla patogenesi dell'ascite, esaminato come complica-

zione delle cisti ovariche, se ne deriva come non sia complicazione temibile.

L'edema all' epigastrio avrebbe potuto fare nascere il dubbio di neoplasma di indole maligna. Ma da una parte la storia anamnestica, l'andamento istesso della malattia, la normalità nelle glandule linfatiche accessibili alla mano escludevano ogni malignità, e dall' altro il cospicuo volume del ventre con la inevitabile difficoltà arrecata al circolo venoso sottocutaneo delle pareti addominali congiuntamente allo stato idroemico davano soddisfacente ragione dall'edema.

IV.

Cistoma areolare dell'ovario destro. - Ovariotomia - Guarigione.

Luigia Frola viene dall'Ospizio dell' Infanzia abbandonata della Provincia di Torino; data a nutrice in Caluso, quivi crebbe, passò a marito e con questi continuò a dimorare nello stesso paese. Nell' età bambina e sino agli otto anni soffrì ripetutamente di eczema impetiginoide al cuoio capelluto.

Condusse sempre vita dura e stentata; attese per l' ordinario ai lavori agricoli, ed aiutò il marito nel duro mestiere del fornaciaio, seguendolo or qua or là secondo la richiesta del lavoro. Andò soggetta a febbri intermittenti, le quali vennero curate col chinino.

Ebbe la prima mestruazione a 14 anni, la quale continuò dopo bastantemente regolare. Aveva 20 anni quando prese marito; tosto rimase incinta; la seconda gravidanza l'ebbe a 22 anni, e la terza a 30; tutte terminarono con parti normali ed a termine, e questi vennero seguiti da puerperii normali; allattò i proprii figli, che tutti ebbe il dolore di perdere in tenera età.

Dopo l' ultimo parto, verificatosi ora fanno quattro anni, ritornata la mestruazione continuò regolare fino al luglio dell'anno 1880. In quel tempo, mentre era mestruante, in seguito a grande spavento la mestruazione si fece più scarsa e scolorato il sangue; così continuò per un anno intero; ma nel mese di luglio dell'anno seguente si fece senza causa nota più abbondante e poi cessò interamente.

Si fu per l'appunto quando per patema d'animo venne turbato il corso del flusso catameniale prima regolare, che essa incominciò ad avvertire un certo grado di tensione nel ventre congiunto a tumefazione; questi segni furono abbastanza pronunciati da destare l'attenzione della donna, la quale, come tutte quelle di misera condizione, era solita a trascurare i disturbi della salute quando non sono accompagnati da sofferenze grandi e non riescono d'impedimento al lavoro.

Nello stesso tempo avvertì la presenza di un tumore del volume della testa di un feto a termine nel quadrante inferiore di destra; da questa regione in quando in quando si manifestavano dolori sotto la forma di trafitture, cioè ogni qual volta intervenivano cause che davano luogo a aumento nella pressione addominale; ciò nulla meno, sospinta dalla necessità, continuò nei faticosi lavori di fornaciaia ma con attività di molto scemata.

Alle sue sofferenze si aggiunse il vomito, soprattutto al mattino; il volume del ventre s'accrebbe notevolmente, i dolori nel quadrante inferiore di destra si fecero maggiori e più frequenti, diminuirono le forze, si accrebbe il dimagramento di modo che fattasi ormai difficile la respirazione e faticoso l'incesso venne diretta all'Ospizio di maternità non escluso essendo il sospetto di gravidanza.

Quivi venne ammessa li 8 gennaio dell'anno 1882 sotto il nome di Alabastra, e mi fu presentata come affetta da idramnios. Per scusare la levatrice, che commise questo errore *fortunato* di diagnosi, voglio ricordare che qualche tempo prima era stata accolta nella Clinica una gestante con idramnios veramente enorme, nella quale, stando soltanto all'apparenza esterna, si riscontrava una rassomiglianza grandissima col caso in discorso. La Clinica ostetrica di Torino è tra le poche italiane (non parlo delle straniere nelle quali si sa che la ginecologia sta per importanza sopra all'ostetricia), che tengono con perseveranza le porte chiuse alla introduzione della ginecologia. Ed altro vi ha ancora di sostanziale che è puramente nel campo dei desiderii; al suo Direttore, non ostante le fatte istanze, ed i ripetuti eccitamenti non venne sin'ora data la facoltà — fatte poche eccezioni — nè di ricevere le gestanti che si presentano, nè di ammetterle nello istituto.

In questa condizione di cose venendo a scarseggiare e talvolta anche a mancare il materiale pratico per la istruzione clinica io

lungi dal muovere rimprovero alla levatrice preposta in quel giorno alla visita sanitaria delle gestanti, che si presentavano per essere ammesse nell'Ospizio, ho accettato come un favore il preso sbaglio, perchè mi offrì la opportunità di presentare ai giovani un caso importante di ginecologia e nello stesso tempo istruttivo riguardo al diagnostico differenziale fra la gravidanza ed i tumori addominali.

La donna nel giorno della prima visita contava anni 34, la statura di m. 1,41, il peso di 56 kg. È smunta, emaciata, la faccia rugosa come di persona già arrivata all'età senile, i denti quasi tutti distrutti dalla carie, le gengive molliccie; il torace era proprio scarno mostrando molto infossate le regioni sopra e sotto-clavicolari tanto a destra che a sinistra. È talvolta molestata dalla tosse con rari escreati muco-salivali; qua e là si sente qualche rantolo. La colonna vertebrale è deformata per scoliosi dorsale sinistra, e sui punti più sporgenti della gibbosità toracica determinata dalla deviazione vertebrale si notano due escare da decubito.

Le altre regioni dello scheletro si presentano di conformazione buona e regolare; il che porta ad escludere come influenza causale il rachitismo ed ammettere come causa produttrice della scoliosi un processo di osteite lenta orditosi nell'età pubere. La punta del cuore batte due centimetri fuori della linea mamillare nel sesto spazio intercostale; i toni si sentono netti e distinti. Quivi si tratta non di accrescimento dell'area del cuore, ma di spostamento per la mala conformazione del petto ed il cospicuo sollevamento del diaframma; venne quindi esclusa la complicazione di vizio cardiaco. Il polso era regolare, normale nella frequenza ma piccolo e vuoto.

Il ventre era di figura sferica, di volume enorme, espanso sui lati ed in avanti in modo sì pronunciato da rendere verticale la linea ombelico-pubica quando la donna era giacente in posizione supina. Le vene sottocutanee della zona sopra ombelicale si vedono ingrossate e piene di sangue, nella sottoombelicale poi vi ha edema. La fluttuazione nei due quadranti superiori è distinta, lo è meno nel quadrante inferiore di sinistra, manca in quello di destra. In corrispondenza di questo si riconosce molto facilmente una massa solida, dura, irregolare di superficie per depressioni e rilevatezze, la quale pare così superficiale che si direbbe immedesimata con le pareti addominali; difatto di queste

ne segue i movimenti. La superficie solida si estende per la larghezza di cm 26 e per l'altezza di 15 avendo per confine la linea mediana e la normale elevata sulla spina iliaca antero-superiore di destra. Tenendo applicata la mano sulla massa solida e percuotendo il punto diametralmente opposto od il polo superiore la fluttuazione non si trasmette. In corrispondenza della linea emiclavicolare destra la ottusità del tumore si confonde senza linea di limitazione con quella del fegato. Le pareti addominali erano portate al massimo della tensione, nè si rendeva possibile con le mani lo allontanare il polo inferiore dall'ingresso del catino, od in quello deprimere le pareti addominali. Dalla spina iliaca antero-superiore sinistra al bellico venne misurata la distanza di cm 31, a destra si trovò un cm di meno. Le altre misure non vennero riportate sulla cartella clinica; nè può questa lacuna fare danno alla chiarezza; il ventre e nel volume e nella forma ricordava proprio con esattezza quei casi tipici di cistovario arrivato alle massime dimensioni, che si vedono figurati nei libri speciali; detto ciò il dare delle misure è cosa superflua.

Il primo esame o, dirò meglio, la prima parte dell'esame venne fatta dietro il concetto diagnostico mandato innanzi dalla levatrice sino ad un certo punto sorretto dalla mancanza della mestruazione e dal vomito a stomaco vuoto; ma appena rilevata la anormale resistenza del quadrante inferiore destro ritirai tosto il piede dalla falsa via, in cui ero entrato e procedendo al riscontro vaginale venne senza ritardo data al diagnostico una base sicura. L'utero era centrale e vuoto, introdotta tosto una sonda vi penetrò per cm 8 1|2. Afferrato il collo con una pinza uncinata fu facile il portarlo sino all'ostio vaginale, e praticando nello stesso tempo la esplorazione rettale si pose fuori di dubbio non avere l'utero col tumore rapporto alcuno nè per la origine, nè per le aderenze. Nella parte sinistra dello scavo, in corrispondenza della articolazione sacro-iliaca, si sente una massa dura, resistente, fissa, di superficie regolare del volume di un uovo di gallina; faceva parte del tumore ed era indipendente dall'utero.

Le orine nelle 24 ore raggiunsero la quantità di cm 1700^3 di colore opalino chiaro, leggermente acide, densità 1014 senza traccia di albumina, nè di precipitati in fondo al recipiente anche dopo lasciate per un certo tempo in riposo.

Si venne nella formola diagnostica di cistoma areolare dell'ovario con aderenze parietali non esclusa la possibilità di aderenze

pelviche ed epatiche. Riguardo al punto di origine si stette dubbioso; da una parte i ricordi anamnestici ci portavano a riporne la sede nell'ovaio destro, dall'altra la distanza ombelico-iliaca sinistra prevalente sulla destra di un cm ed il prolungamento mandato dal tumore nella cavità pelvica dal lato sinistro ci conducevano a credere, che il tumore avesse le radici nell'ovario sinistro. Egli è vero che trattandosi di un tumore che aveva ormai invaso tutta la cavità addominale comprimendo, schiacciando e spostando i visceri, poteva benissimo accadere che avesse mandato propaggini sotto forma di gavoccioli in direzione diversa ed anche opposta a quella della derivazione. D'altronde questa parte del diagnostico era di secondaria importanza.

Ma un altro quesito di ben maggiore rilevanza si presentava a risolvere. — La emaciazione estrema, le forze scadute, la miseria di quell'organismo che pareva prossimo a sfaciarsi, lasciavano germogliare il dubbio che là sotto stesse in atto qualche malattia complicante dell'ordine di quelle, che dall'arte nostra essendo insuperabili e fatalmente progredienti escludono il trattamento radicale dei cistomi ovarici. Di fatto stentava a credere come lo svolgersi anche rapido di un neoplasma ovarico di indole non maligna potuto avesse produrre una sì grande emaciazione senza il concorso di altre cause di ordine patologico tanto più, che non si era intrapresa alcuna di quelle cure, che disturbano la nutrizione, oggidì giustamente ripudiate, nè la malattia nel suo andamento presentato aveva alcuno di quei sintomi, che favoriscono ed accelerano lo esaurimento. Le mie ricerche si rivolsero alla cavità toracica; il ragguardevole infossamento delle regioni, che la clavicola divide, la tosse accompagnata qua e là da qualche rantolo, la fonesi che non pareva in qualche punto prettamente normale, questi sintomi insieme riuniti facevano pensare alla tubercolosi interstiziale polmonare, la quale più si rivela con lo stato generale che con le locali manifestazioni. Questo sospetto veniva sino ad un certo punto avvalorato dalla febbre vespertina preceduta da perfrigerazioni, la quale per più giorni di seguito si ripetè non ostante il chinino; nel mattino la donna era apirettica; nella sera poi la temperatura si elevava per il solito a 38 e più. La febbre cessò poi verso il 25 gennaio, non saprei dire se per il chinino, di cui prese molte dosi, o per il vitto migliorato o per il cambiamento di luogo. Per vedere quanto c'era di vero nel dubbio della complicazione polmonare pregai il collega Boz-

zolo, Prof. di clinica propedentica, di vedere la malata, il quale dopo minuto esame escluse affatto la tubercolosi. Certo, è che se di questa constatata si fosse la esistenza rigettata la ovariotomia avrei fatto la puntura per apportare un po' di sollievo alla paiente ed abbandonata l'avrei al suo destino.

Rimaneva un altro punto a dilucidare. La donna aveva per anni ed anni coadiuvato il marito nel suo mestiere di fornaciaio, e quindi non era fuori del probabile che ingoiato avesse uova di anchilostomi, ed affetta fosse da anchilostomiasi. Esaminate le feci dal Dott. Graziadei vi si trovarono molte uova di lombrici, qualche uovo di tricocefalo dispari, nessun uovo di anchilostoma.

Sgombrata la via dal timore di complicazioni dovetti persuadermi come il vitto cattivo ed insufficiente, il movimento febbrile vespertino e più di tutto il neoplasma, in cui le parti solide erano in prevalenza, costituivano le cause che avevano immiserito di tanto quell'organismo. Mi parve pericoloso il fare precedere la puntura; temeva che col rapido riprodursi del contenuto della cisti, venissero a decadere ancora più le forze in modo da rendere maggiormente rischioso il risultato dalla ovariotomia. La donna di carattere buono ed arrendevole, infelice e per la malattia e per la condizione sua sociale era preparata e consenziente a tutto: mi decisi di procedere all'esportazione del tumore senza ulteriore indugio.

Li 29 gennaio vennero prese le seguenti misure:

Circonferenza ombelicale . .	cm	115
Circonferenza sottombelicale .	»	104
Distanza dal pube al bellico .	»	23
Distanza xifo-pubica	»	55

La operazione venne praticata nel dì seguente. Ebbi per coadiutore il Prof. Cuzzi, per assistenti i Dottori Inverardi e Fasola, che fanno parte dell'Istituto, Bergesio ed Anglesio, il primo libero docente in ostetricia, assistente alla Clinica chirurgica il secondo; erano pure presenti i cinque allievi che si trovavano di guardia in quella settimana. La incisione delle pareti addominali si fece della lunghezza di 15 cm erano molto sottili; inciso il peritoneo venne fuori un litro di siero limpido. A sinistra s'incontrarono numerose aderenze tanto in alto che in basso, ancora più nume-

rose, resistenti ed estese a destra. In parte si vincono con la mano, altre si tagliano previa legatura con filo di seta. V'erano pure aderenze all'epiploon; fortunatamente le temute aderenze col fegato e col bacino mancavano. Da un punto della parete addominale da cui erano state distaccate con la mano le aderenze, v'era un po' di gemizio di sangue; venne tosto frenato col termocauterio, portato fuori il tumore si afferrò e si strinse provvisoriamente il peduncolo, che era piccolo, con il klemmer curvo, poi si legò con filo di seta diviso in due e si abbandonò nel cavo peritoneale.

La operazione durò in tutto 56 minuti non compreso il tempo della medicatura. La donna la tollerò molto bene; l'andamento consecutivo fu intieramente apirettico, non tenendo conto del catarro gastrico con vomito dovuto a complicazione verminosa, che fu cosa di poco momento, dichiarare si potrebbe intieramente felice se non fosse insorta una complicazione, la quale prova quanto fossero deboli i poteri nutritizi in quell'organismo.

Dopo qualche giorno, e prima che venissero tolti i punti di sutura la donna si lamentava di un dolore al sacro; dapprima non ci si pose mente credendo che fosse dipendente dalla posizione dorsale, in cui era continuamente tenuta la operata, sovra un duro giaciglio fatto da un saccone di paglia; ma continuando essa a lamentarsi si osservò la regione dolente e si vide che si erano formate due escare da decubito, che opportunamente medicate cessarono di progredire e a poco a poco volsero a guarigione.

Nella mattina delli 7 gennaio si tolsero i punti di sutura, si trovò perfettamente adesa la ferita, e la donna si poteva dire pienamente guarita riguardo alle conseguenze della operazione. Essa venne tenuta nell'Istituto sino alli 28 marzo, non tanto per la piaga da decubito, che si mantenne sempre in via di riparazione e si coprì di cicatrice soltanto in quel turno, quanto con lo intendimento di ristorare le forze della donna con un vitto confacente. Difatti le condizioni generali erano di molto migliorate, cresciute le forze, e già messa in grado di attendere a qualche lavoro; ma la mestruazione non era ricomparsa ed il peso era soltanto di 40 chilogrammi.

La cisti è moltiloculare e di struttura areolare; pesa gr 2570; sulla superficie esterna si vedono briglie piuttosto lunghe, che sono il rappresentante anatomico delle aderenze; vi si nota pure

una porzione piuttosto estesa dell'omento stata recisa, dopo legata con filo di seta, non si rinvennero traccie dell'ovidutto. Spaccata la più grande cisti si vedono tramezzi numerosi e molto estesi, che nella disposizione ricordano la gran falce della dura madre. Le cisti minori sono innumerevoli, stando insieme riunite formano una massa solida, la quale tagliata e spremuta lascia venire fuori una sostanza gelatiniforme di colore biancastro e trasparente.

V.

Cistoma areolare dell'ovario destro. - Ovariotomia. - Guarigione.

Lucia Mussetti della Veneria si presentò alla mia casa li 29 novembre dell'anno 1881. Essa narra che perdette entrambi i genitori quando raggiunto avevano l'età di 54 anni; nulla sa dire sulla malattia ultima, che tolse di vita il padre e riguardo a quella della madre ricorda che soffrì lungamente di vomito e di tumefazione di ventre: questi due sintomi pareva che si succedessero con alterna vicenda; riparò allo Spedale, ne uscì peggiorata ed un anno dopo cessava di vivere in seguito a subitaneo aggravamento.

Ebbe due fratelli e quattro sorelle, sono tuttora tutti viventi. La prima mestruazione venne nei 17 anni, ripetendosi a regolari intervalli e durando 3-4 giorni. Passò a marito verso i 18 anni. Conta 13 gravidanze, delle quali due, la 9ª e la 10ª terminarono con l'aborto verso il 4° mese; tutte le altre andarono a termine ed ebbe parto felice; degli 11 figli ne ha 6 viventi. — L'ultimo parto si verificò sei mesi innanzi la prima visita; allattò due volte. Dopo il primo parto fu colpita, per imperizia della levatrice che l'assisteva, da metrorragia grave; una metrorragia abbondante accompagnò pure il suo primo aborto. Nel puerperio ultimo si presentarono sintomi di parametrite ed i lochi continuarono sanguigni per 40 giorni; si era alzata nel terzo giorno ed ebbe spavento vedendo un suo figliuolo in pericolo. Cessato lo scolo lochiale stette per due mesi senza la mestruazione; poi questa ritornò due volte in un mese col carattere della menor-

ragia, e quando a me si presentò era un mese che perdeva sangue dai genitali. Si fu quando la mestruazione prese la forma menorragica che essa s'accorse che il ventre s'ingrossava per la formazione di un tumore, che però non le dava molestia alcuna.

Raccolti questi ricordi anamnestici procedetti all'esame e rilevai la presenza di un tumore addominale solido che si elevava sino a livello della cicatrice ombelicale, l'utero vuoto ed in retroflessione. Non portai oltre le mie ricerche ed ordinate irrigazioni vaginali calde e l'ergotina invitai la donna a ripresentarsi più tardi.

Ella difatti ritornò li 25 febbraio dell'anno 1882; la metrorragia era intieramente cessata da due mesi, nè in questo frattempo osservata erasi la mestruazione, ma per contro il tumore addominale si porgeva notevolmente aumentato. La diagnosi come la indicazione non poteva essere dubbia, anzi era questa ormai incalzante per il rapido crescere del neoplasma. La donna già stata da me parecchi anni addietro curata di altra malattia aveva piena fiducia ed insisteva per essere ammessa nell'Istituto ostetrico. Ed è quivi che temendo impedimenti che si frapponessero al desiderio suo ed al mio, io girai la difficoltà accettandola come gravida valendomi di un articolo del regolamento organico, nel quale in alcuni determinati casi è concessa al Direttore della Clinica la facoltà di ammettere le gestanti. Mi auguro che venga presto il tempo in cui il Direttore dell'Istituto ostetrico di Torino con lodevole intendimento di fare opera utile allo insegnamento non sia più costretto a ricorrere a sotterfugi.

Essa entrò nella Clinica li 28 febbraio; pochi giorni dopo venne presentata agli studenti. Riporto quivi lo stato suo del giorno in cui formò il soggetto della clinica riunione.

Ha 35 anni; l'età apparente corrisponde alla vera. Basta questa osservazione per fare risultare che le ripetute gravidanze e la malattia in corso affievolirono bensì quell'organismo ma non lo deteriorarono stante la robustezza della costituzione. La statura è di 155 cm; bella la conformazione dello scheletro. È alquanto dimagrata ed ha l'aspetto anemico, ma sfornita di adipe non è; porta bruni i capelli. La pelle è secca e si solleva facilmente in lunghe pieghe; leggero edema alle estremità inferiori.

Il ventre è tumefatto ed anche quando la donna è in posizione supina tende a cadere in basso come l'utero in antiversione a gravidanza avanzata nelle donne, che hanno le pareti addominali

di molto rilasciate. La cicatrice ombelicale è piana; non v'ha la linea bruna; sono qua e là appariscenti le vene sottocutanee, che più grosse si presentano nel quadrante superiore di sinistra. Con la mano è facile il rilevare qua e là delle masse dure; due di queste meritano particolare menzione; una occupa la regione ombelicale, è di figura circolare e misura 11 cm di diametro, l'altra di dimensioni maggiori si estende dalla linea para-sternale di sinistra alla ascellare posteriore, e dall'ultima falsa costa del lato sinistro alla spina iliaca antero-superiore della stessa parte. Nelle regioni ove si riscontrano le masse indurate la esplorazione risveglia dolori piuttosto vivi, e quelle sembrano proprio strettamente aderenti alle pareti ventrali. Negli altri punti dell'ambito del tumore è distinta la fluttuazione. Con la palpazione e la percussione si potè molto bene sulla superficie addominale disegnare i confini del tumore; questo è di figura ovoidea col massimo diametro trasversalmente diretto in modo da confinare lateralmente con le linee ascellare posteriore a destra ed ascellare anteriore a sinistra. In alto si arresta a due dita trasverse dal margine costale nelle regioni ipocondriache si porta un po' più in su in corrispondenza della linea mediana. Occupa la fossa iliaca destra non la sinistra; in questa fra il legamento del falloppio ed il tumore si nota una zona in cui si rileva distinta la sonorità timpanica, mentre per contro nella regione iliaca di destra v'ha dovunque ottusità. Con la esplorazione vaginale non si arriva a toccare il limite inferiore del tumore, però apparisce un po' teso il fornice vaginale di destra; il collo dell'utero è sulla linea mediana ma non centrale, e un po' più vicino al promontorio sacro-vertebrale; il cateterismo uterino fu facilissimo; la sonda penetrò per 77 mm.; portato in basso l'utero con le pinze uncinate si potè mettere in sodo che non aveva rapporto alcuno col tumore. La diagnosi scende ovvia da questa descrizione; si formulò in questi termini « cistoma areolare dell'ovario destro aderente strettamente ed estesamente alle pareti addominali senza aderenze col bacino e con l'utero. »

La operazione venne praticata il 20 marzo: venni coadiuvato dal Dott. Inverardi e dal Dott. Fasola; la cloroformizzazione venne affidata al Dott. Anglesio. Erano pure presenti il Prof. Mangiagalli e gli allievi di guardia. La incisione delle pareti addominali venne fatta della lunghezza di 17 cm. Nel luogo della incisione s'incontrarono strette aderenze, si estendevano queste alla re-

gione ombelicale, al quadrante superiore di sinistra, all' inferiore di destra e posteriormente in corrispondenza delle regioni lombari si incontrarono pure aderenze. Il tumore era eziandio aderente ad un'ansa intestinale. Le aderenze parte si ruppero con la mano, parte si tagliarono previa la legatura, svuotate alcune loggie cistiche del tumore si afferrò la parte solida con le pinze uncinate e dentate, ma formata essendo da tessuto facilmente lacerabile non si faceva presa. Non senza difficoltà si estrasse con la mano, apparve il peduncolo lungo e sottile che con sorpresa trovai impiantato sull'ovario sinistro. Se v' era un caso in cui tutti i segni fisici concorrevano per portare a riporre la origine del tumore dall' ovario destro era certo questo; da ciò si desume quanto sia difficile ed incerta la diagnosi della sede, per fortuna destituita di importanza.

Ripiglio il discorso interrotto: il peduncolo venne legato diviso in due e poi compreso in massa in una terza legatura, e ridotto nella cavità peritoneale. Dal lato sinistro della parete addominale anteriore vi era un leggero gemizio di sangue che venne tosto frenato col termo-cauterio. Nettato il peritoneo si chiuse la ferita.

L'operazione durò in tutto 45 minuti. Il decorso consecutivo fu intieramente apiretico e senza complicazione alcuna, fatta la eccezione di dolori colici intestinali dovuti a flatulenze che furono cosa di poco momento. Essa ritornò alla sua casa pienamente ristabilita li 8 aprile.

La cisti è multiloculare ed areolare; sulla superficie esterna si notano numerose briglie larghe ed estese; è liscia e bernoccoluta all'esterno. È in complesso il tumore formato da un conglomerato di piccole cisti che sono raggruppate intorno a due masse principali. Il contenuto è formato da una sostanza che ha l' aspetto del muco addensato per la massima parte ed in qualche punto pare liquido purulento.

VI.

Cisti sierosa dell'ovario destro - Ovariotomia - Guarigione.

La signora Clotilde B.... E.... fornisce il soggetto per l'ultima osservazione, nella cui narrazione sia per la semplicità del fatto clinico che per la normalità dell'andamento consecutivo alla ope-

razione mi è lecito di essere breve. Viene da Bobbio sulla Lomellina, ove sono frequenti le febbri da malaria; diffatti soffrì di queste dai 10 ai 16 anni. Nè andò immune da altre malattie di infezione; nell'età di 7 anni ebbe l'ileo-tifo; venne mestruata la prima volta nell'età di 14 anni; continuò la mestruazione regolare della durata di giorni 2-3. A 22 anni prese marito. Conta in tutto sei gravidanze, la prima terminò con un aborto di mesi due e mezzo, le altre con parto normale ed a termine; la quarta però venne susseguita da emorragia grave. L'ultimo parto ebbe luogo li 4 agosto dell'anno 1882. Allattò sempre, talvolta però dovette smettere lo slattamento per ragadi al capezzolo.

Ricorda con precisione che prima dell'ultima gravidanza il ventre era piano, anzi concavo. Durante questa non s'accorse punto di particolare tumefazione nel ventre, o di maggiore volume di questo relativamente a quello osservato nelle gravidanze precedenti. Dopo il parto, se si sta alle sue parole, il ventre restò del volume, che venne poi riconosciuto nella prima visita. Nei due ultimi mesi della gravidanza soffrì di disuria e di dolori, che si esacerbarono sotto i movimenti nella regione sotto-ombelicale e nella ombelicale. Questi dolori si riprodussero dopo il parto facendosi più spesso e più fortemente sentire nei quadranti inferiori.

Venne da me la prima volta visitata li 18 ottobre 1882. Età anni 30, aspetto anemico, statura più che media. È dimagrata, ma il dimagramento è più pronunciato alle estremità superiori ed al petto che alle estremità inferiori. Non edemi. Normali i toni del cuore, sani i polmoni. Il ventre è di figura ovoidea ed apparisce sporgente come nella gravidanza ottimestre. Distinta la linea bruna, tanto sopra che sotto il bellico; appena accennate le vene sottocutanee. La linea dell'ottusità è convessa in alto e s'innalza più a destra che a sinistra lasciando però sempre una striscia della larghezza di 3 cm fra l'ottusità del tumore e la epatica. Sui lati i limiti del tumore sono costituiti dalle spine iliache antero-superiori; anche allo sguardo però il tumore apparisce più sviluppato dal lato destro che dal sinistro; la ottusità sopra i legamenti del Falloppio è eguale in entrambi i lati. Non si sentono parti solide in nessun punto; distinta la fluttuazione sopratutto nella zona superiore, un po' meno nella zona inferiore. Le prese misure diedero le seguenti cifre:

Circonferenza ombelicale . .	cm	94
Linea xifo-pubica	»	37 1/2
Linea ombelico-pubica. . . .	»	21
Distanza spino-ombelicale destra	»	23 1/2
» » » sin. .	»	22

L'utero è in leggera retroflessione; teso il fornice vaginale anteriore ed il destro; la sonda penetrò per sei centimetri e mezzo. È mobile; ciò nullameno obbedisce con difficoltà alle trazioni fatte su di esso con una pinza uncinata. Si potè però portare abbastanza in basso da potere arrivare con la esplorazione rettale oltre il fondo e riconoscere come non vi fossero aderenze fra il tumore e l'organo della gestazione.

La diagnosi era evidente, si trattava di una cisti sierosa dell'ovario destro uniloculare con aderenze parietali; venne il diagnostico in ogni punto confermato dalla operazione.

Questa si fece li 9 novembre nella casa di un suo fratello in Torino. La donna venne cloroformizzata dal Dott. Bergesio; mi coadiuvò direttamente nell'atto operativo il Dott. Inverardi ed ebbi pure la cooperazione del Dott. Fasola, entrambi assistenti dell'Istituto ostetrico. Erano pure presenti i Prof. Giordano, Cuzzi e Gibello. Le aderenze vennero facilmente sciolte con la mano, il peduncolo venne legato prima diviso in due e poi in massa ed affondato. La incisione praticata era lunga 10 cm; la sintesi si fece con la sutura a punti staccati profonda e superficiale. Sulla medicatura applicavasi una fasciatura elastica che venne assai meglio tollerata che i cuscini fatti con pallini di piombo, alla quale in casi consimili intendo di dare d'ora innanzi la preferenza.

La ferita si riunì per prima intenzione; li 17 (VIII giorno) si levarono i punti di sutura. La temperatura, fatta eccezione di un lieve e passeggero rialzo (37,9-38,2) nel IV e nel V giorno fu intieramente normale. Dieci giorni dopo la donna si potè dichiarare guarita.

La cisti si compone di un sacco unico senza tramezzi, senza rialzi a forma di valvole e senza diverticoli. È di aspetto fibroso, di uno spessore ovunque eguale, che non arriva ai 2 mill., resistente, esternamente liscia fatta la eccezione di qualche frangia qua e là, residuo di aderenze; vi è ancora attaccata una por-

zione dell'ovidutto. La superficie interna si presenta pure liscia e levigata.

Metto termine al mio scritto con alcune considerazioni di ordine generale comprendendo in un breve sguardo sintetico tutti i fatti clinici stati narrati.

Tutte le pazienti provengono dalla stessa reigone geologica, la quale ha terreno diluviale ed appartiene al bacino del Po; cinque per origine ed abitazione ed una soltanto per abitazione, ignota essendo la derivazione. Volendo su questo punto entrare in maggiori particolari fa d'uopo aggiungere che cinque sono del circondario di Torino ed una di quello di Mortara. Per vero dire questa notizia non ha per ora valore alcuno; forse potrà col tempo acquistare qualche interessamento per chi vorrà col tempo raccogliere la statistica della varia frequenza delle cisti ovariche nelle diverse provincie italiane.

Nessuna venne sottoposta alla puntura. Su questo proposito i miei pensamenti già vennero esposti nelle riflessioni, che seguono la prima osservazione. Non mi lasciai trascinare dal pessimismo dello Stilling, ma non acconsento neppure con l'ottimismo dello Spencer Wells. Questi dopo avere analizzato i suoi primi cinquecento casi di ovariotomia è venuto a concludere, che la media della mortalità non viene punto aggravata dalla puntura. Egli la raccomanda nei casi di cisti semplice ovarica od estra-ovarica; ed anche nelle cisti composte e moltiloculari la crede un preludio opportuno per la ovariotomia affine di guadagnar tempo per migliorare lo stato generale, dileguare l'albuminuria da compressione, ovvero col diminuire la pressione addominale allontanare il pericolo dello Schock. Lungi da me la pretesa di opporre la mia debole e limitata esperienza alla vastissima ed autorevole del grande ovariotomista inglese mi limito a dire, che ho rigettata la puntura perchè non giudicata necessaria per il diagnostico nè utile quale atto preparatorio alla operazione radicale, e per ultimo non scevra di inconvenienti per il rapido riprodursi del liquido e per la facilità con cui sopraggiungono le emorragie intracistiche. Difatti lo stesso Spencer Wells non esclude affatto ogni pericolo in seguito alla puntura (1).

---

(1) T. Spencer Wells. *Des tumeurs de l'ovaire et de l'uterus leur diognostic et leur traitement*, traduit de l'anglais par P. Rodet. — Paris 1883, pag. 167.

Tutte le operazioni vennero preparate e condotte col metodo antisettico rigorosamente applicato. La stessa camera in cui si fece l'atto operativo accolse pure l' operata sino alla fine della cura, venne lasciata prima disabitata per un certo tempo e poi solforata unitamente alla biancheria. Non è che io abbia molta fiducia nella solforazione come mezzo antisettico, l'ho accettata in mancanza di meglio. Gli strumenti, lasciati per un certo tempo immersi nell'acqua fenica 5 per cento, non vennero toccati che da me e da chi mi coadiuvò direttamente nella operazione. Ed è inutile il diffondersi in maggiori particolari.

Nella prima operazione per svuotare la cisti si usò il trocarre, in tutti gli altri casi si spaccò largamente la cisti col bistorino senza curarmi troppo del passaggio nel cavo peritoneale del liquido intracistico; che viene facilmente tolto con le consecutive cure di nettezza. Così facendo si guadagna tempo sempre prezioso nella laparotomia, relativamente alla quale si può dire, facendo una variante al noto proverbio inglese, che il tempo è vita.

Nelle ligature perdute si usò quasi esclusivamente la seta fenicata, così pure per la sutura e nel trattamento definitivo del peduncolo. In tutti i casi a questo venne applicato il metodo della riduzione intraperitoneale, cioè della legatura perduta. Fatta la eccezione pella seconda operata, in cui per emorragia secondaria del peduncolo fu necessario il procedere ad una nuova legatura sostituendo al metodo dell'abbandono del peduncolo allacciato quello della fissazione del medesimo raccogliendo i fili all' angolo inferiore della ferita, in tutte le altre si ebbe lo inincapsulamento asettico ed apirettico del peduncolo. — La osservazione clinica e gli sperimenti hanno ormai dimostrato come sia per il solito cosa innocua l'abbandonare il peduncolo nel cavo peritoneale previa la legatura anemizzante. L'Hegar introdusse nella cavità di cani pezzi della muscolatura stata tolta dalla coscia dello stesso animale dopo averli tenuti immersi per qualche minuto nell'acqua di cloro, che è la sostanza antisettica dal medesimo preferita. In breve ogni traccia di quei pezzi di carne scomparve senza lasciare residui. Di modo che nel sacco peritoneale si avrebbe una vera digestione di parti solide senza encistamento alcuno. Questi sperimenti vennero limitati a due casi; il primo è tutt'affatto concludente; l'animale quando venne ucciso si trovò una buona cicatrice addominale ed il peritoneo si dimostrava intatto senza traccia di infiammazione. Nell'altro vi era un ascesso

intraperitoneale, che partendo dalle aderenze con l'intestino e con l'epiploon nel punto dell'incisione aveva perforato la cicatrice addominale (1): ma anche quivi, come già si è detto, non si incontrò traccia alcuna del corpo estraneo introdottovi alcuni giorni innanzi. Le ricerche sperimentali non conducono poi ad ammettere in modo costante ed assoluto la innocuità delle legature perdute.

Maslowski vide piccole quantità di pus intorno alle legature fatte con filo di seta; nulla di simile osservò usando fili metallici. Lo Spiegelberg ed il Waldeyer riscontrarono dilatazioni cistiche del pezzo di tessuto strozzato contenenti una sostanza siero-purulenta.

Nello incapsulamento innocuo si determina una proliferazione connettivale intorno alla legatura ed al pezzo strozzato; per i vasi neoformati viene questo preservato dalla necrosi e da un processo di cicatrizzazione si chiude la superficie di sezione. In questi casi o mancano affatto ovvero si presentano miti i sintomi di irritazione locale. Questo per l'appunto fu l'andamento in cinque casi; nella sede del peduncolo si avvertì per qualche giorno un induramento ed un po' di addolentamento sopratutto nella terza operata; ma in breve questi sintomi scomparvero n'ebbi ad osservare nè peritoniti circostanti nè ascessi.

In tre casi il tumore era costituito da cisti sierose e negli altri tre casi di cistomi areolari dette proliferanti dallo Spencer Wells.

Tutte le operate guarirono; seppi di poi essere tutte in buona salute; la quinta operata non è lontana dal termine della gravidanza, che sinora (febbraio 1883) decorse felice; è ritornata in Clinica per sgravarsi (2). E siccome un fattore di guarigione potente al paro e forse più della tecnica operatoria è la intelligente ed assidua assistenza e durante l'operazione e dopo così è debito mio il rivolgere pubblici ringraziamenti ai Prof. Chiara, Calderini e Cuzzi ed al Dott. Inverardi, che mi coadiuvarono nelle operazioni, ed ai Dott. Anglesio, Beisone, Bergesio, Fasola, Gay e Ni-

---

(1) A. Hegar. *Sulla ovariotomia e raccolta di conferenze cliniche* di R. Wolkmann, N. 141, 1881,

(2) Partorì felicemente nella Clinica li 28 febbraio; nel 12° giorno del puerperio, che fu normale, non si potè con la esplorazione combinata riscontrare traccia alcuna del peduncolo.

cola, i quali e nell'atto operativo e nelle cure consecutive ad una od a più operate prestarono l'opera loro con amore, intelligenza ed abilità. Il felice risultamento conseguito mi pone di botto fra gli ovariotomisti non certo i più operosi ma per fermo i più fortunati, nello stesso tempo mi impone l'obbligo di fare conoscere tutti quei casi, che per l'avvenire a me si presenteranno qualunque ne possa essere l'esito. Io spero non lontano questo giorno; con la attuazione del già lodato regolamento emanato dal Ministro Baccelli in sullo scorcio dell'anno 1881 verrà anche l'Istituto ostetrico di Torino aperto alla Ginecologia, campo fecondo per la clinica istruzione e per la operosità.

La prima operata venne compresa nel N. 98 della seconda centuria di ovariotomie in Italia stata raccolta dal Dott. Peruzzi nell'anno 1880; la seconda e la terza sono iscritte sotto il N. 18 della terza centuria pubblicata nell'anno andato dallo stesso illustre operatore.

ROTTURA
DEL SETTO VAGINO-RETTALE E SPACCATURA DELLA VAGINA
DURANTE IL PARTO SPONTANEO

TRE OSSERVAZIONI

del Dott. PAOLO NEGRI
Professore-Direttore della Scuola di Ostetricia di Novara.

Le lesioni spontanee dell'apparecchio genitale durante il parto oltrechè un interesse clinico, ne offrono altro e non trascurabile che si rivolge tutto alla persona dell'ostetrico.

Il voler definire con esattezza matematica il grado di resistenza che può offrire un dato ostacolo sia nelle parti molli che nelle dure, è sempre cosa superiore al potere del pratico: si può ripetere a questo riguardo ciò che scrive il Pajot: « l'obstétrique n'est » pavée que d'*à peu près* et nous nous en contentons.... *à peu* » *près*, dans la question de l'époque de la grossesse et du com- » mencement du travail, *à peu près* dans la question de l'énergie » utérine, de la terminaison de l'accouchement, du volume de » l'enfant dans l'utérus, du degré de réductibilité de la tête, *à peu* » *près* dans la meusuration du bassin....etc..... on n'en finirait » pas (1). »

Ecco il perchè molte volte a imprese operative ripetute per centinaia di volte in quel dato modo, con quelle date cautele, tengono dietro accidenti dei quali a tutta prima il pratico non sa rendersi ragione: sta ciò nel fatto che ogni parto ha, si può dire, una fisonomia individuale che tiene al complesso delle circostanze fisico-meccaniche della madre da una parte, del mobile da espellersi dall'altra.

---

(1) *Travaux d'obstetrique et de Gynecologie*, pag. 236. Paris 1882.

L' osservazione e lo studio delle lesioni spontanee durante il parto, se da un lato giovano per la interpretazione del modo di loro formazione, dall'altra possono servire a giustificazione dell'operatore in certi casi ne' quali chiamato a soccorrere la deficiente natura, vede prodursi per opera sua lesioni affatto eguali a quelle notate in parti affatto spontanei. E ciò può essere utile qualche volta a chi esercita nella clientela privata, ove da profani e talvolta anche da colleghi ogni accidente è con grande facilità posto a carico dell'operatore.

Delle tre osservazioni che seguono la prima è la più importante per la sede; non credo però destituite di ogni interesse clinico anche le altre due.

Osservazione I. — Questa prima osservazione la ho raccolta alla Maternità di Milano, durante il mio ufficio di 2° assistente in quella R. Scuola di Ostetricia; il poterla ora pubblicare si deve alla gentilezza del Prof. Domenico Chiara già professore-direttore di detta Scuola.

Con il N. 66 del 1880 va contrassegnata una gravida primipara accolta nel compartimento il 27 febbraio 1880. Essa nulla presenta di speciale nel commemorativo lontano e vicino; l'esame istituito durante la gravidanza sotto il *riguardo meccanico* nulla ci mostrava di notabile. Il giorno 19 marzo, alle 3 pom., incomincia il travaglio di parto che si espleta spontaneamente alle 12. 10 ant. del successivo 20; era così durato complessivamente poco più di 9 ore e precisamente 8 ore per il periodo dilatante, ore 1. 10 per quello espulsivo. A dilatazione della bocca uterina di circa 5 centimetri ed a membrane ancor integre si esplora il vertice fetale già nello scavo, in posizione OIDP: durante la contrazione l'utero che mostra assai nettamente il suo contorno, richiama l'attenzione dell'osservatore; il contorno del suo fondo descrive una curva anzichè a convessità in alto, a convessità in basso e va poi dolcemente innalzandosi a destra ed a sinistra in guisa che poggiando una delle punte di un compasso da spessezza sul margine superiore della sinfisi del pube (parte media), si segnano le tre seguenti distanze: da detto punto al punto più depresso del fondo (che è anche pressochè mediano) cent. 25; dal medesimo punto al centro della parte sporgente a destra cent. 28, lo stesso a sinistra cent. 26; la massima larghezza dell'utero è appunto in corrispondenza di queste due specie di bozze che segnerebbero due corna rudimentarie di un utero bicorne, e misura cent. 20,5.

Poco offrì di speciale il decorso del travaglio; la rotazione interna si compì facilmente e prontamente in modo spontaneo: all'espulsione del capo attraverso l'anello vagino-vulvare *essendo fortemente minacciato il perineo*, a prevenire maggiori guasti si praticarono con le forbici due piccole incisioni simmetriche, obliquamente dirette verso le tuberosità ischiatiche: e tale profilassi, almeno apparentemente raggiunse lo scopo, poichè alle due artificiali non si aggiunse nuova lesione.

La bambina espulsa pesava grm. 2700, era lunga m. 0,47 (25-22) con un biparietale anatomico di mill. 85, sottoccipito bregmatico 80 mill., sottoccipito frontale mill. 90. Inoltre presentava un legger grado di piede valgo a destra. Il cordone ombellicale lungo cent. 71 faceva due giri attorno al collo; nulla offerse il secondamento. Il puerperio decorse apiretico fino al settimo dì; alla sera dello stesso dì si ebbe un' unica elevazione a 38,6; nell'ottava giornata si provocano scariche con una purga ed al mattino si avverte il passaggio di sostanze fecali per la vagina.

Una immediata esplorazione vagino-rettale mostra la esistenza di una apertura fistolosa posta sulla parete vaginale posteriore, linea mediana, immediatamente al di sopra dell'ostio vaginale, a direzione antero posteriore, con diametro trasverso toccante appena il mezzo centimetro: perineo e sfintere anali affatto integri. Il giorno 30 marzo una nuova esplorazione mostra la fistola in via di rapida guarigione, che si constata completa il 3 aprile. La involuzione uterina fu in tal caso piuttosto lenta.

Il caso desta interesse da parecchi punti di vista: non si deve trascurare la speciale conformazione dell'utero; si avea a fare con quella varietà che gli autori chiamano *arcuatus* e che non è raro il riscontrare, almeno stando al fatto che nel corso di poco più di tre anni potei osservarne tre bellissimi esemplari nella maternità di Milano. Credo poi utile il ravvicinare due fatti a tutta prima assai disparati tra loro, e cioè la esistenza *dell' utero arcuatus* nella madre e del *piede valgo* (sebbene di legger grado) nella bambina espulsa: noto semplicemente i fatti che a me richiamano una tendenza alla trasmissione ereditaria delle cattive conformazioni, come si potè ripetutamente osservare per dita soprannumerarie e perfino (sembra dapprima un paradosso) per la

mancanza dell'utero e delle ovaia: ricordo il fatto e non m'attento ad interpretarlo.

Fra gli accidenti del parto al capitolo lesioni della vagina e del setto vagino-rettale, non figura anco nei più recenti trattati di ostetricia la *lesione isolata* del setto retto-vaginale; intendo sempre di accennare agli autori che più frequentemente cadono sotto la mano del pratico. Uno solo fra quelli da me consultati ne parla ed è il Duncan ed è anzi sui fatti da lui riportati ed assai analoghi all'esposto che io baso la interpretazione dell'accidente, almeno nella sua parte meccanica.

La fistola vagino-rettale come conseguenza lontana del parto non è rara, ma in tali casi la sua genesi sta quasi esclusivamente nella compressione prolungata della parte presentata contro il setto vagino-rettale; le modificazioni chimico-fisiche che ne conseguono sono tanto profonde che una parte più o meno estesa dei tessuti costituenti il setto, muore e colla eliminazione della parte necrosata comincia la esistenza della fistola.

Altra fonte di cause possono essere le lesioni dirette portate dall'ostetrico sul setto durante il parto, sia dalla via vaginale che da quella rettale, e ciò con il dito, con la mano o con istrumenti.

Un'ultima classe infine è costituita da quelle lesioni del setto consecutive a lacerazioni incominciate in altri punti del canale genitale e da questi estendentesi a quello: alludo alle lacerazioni dell'utero nel suo segmento inferiore, soluzioni di continuo che facilmente interessano la vagina e qualche volta anche il retto, oppure e con maggior frequenza le complete lacerazioni del perineo con interessamento dello sfintere anale, e consecutivamente del setto.

Sono invece di indole affatto diversa i casi registrati dal Duncan. Nel suo libro *Sur le mécanisme de l'accouchement normal et pathologique* (1) vi ha un breve ma interessantissimo capitolo sulla *rottura del perineo* ed in questo si ricordano incidentalmente due fatti che comprovano la possibilità di una rottura del solo setto vagino-rettale indipendentemente da traumi o da lesioni delle parti vicine; fatti che hanno completa rassomiglianza con quello sopra esposto.

Riandando la osservazione vediamo che durante il periodo

---

(1). Trad. Budin. Paris 1876.

espulsivo si ebbe seria minaccia della rottura del perineo tanto che si credette *doveroso* il praticare la episiotomia: non credo errato il dire che fu appunto in questo momento che deve essersi prodotta la fistola, scoperta poi in puerperio; gli studi del Budin dimostrarono che la maggior resistenza è offerta dalla porzione terminale della vagina: questa dovette subire una distensione tanto esagerata da esserne tolta la sua continuità, e contemporaneamente anche quella del retto restrostante, in questo punto intimamente unito al canale vaginale: l'episiotomia invece valse a salvare l'anello vulvare: la sede della fistola immediatamente sopra l'anello vaginale, immediatamente dietro lo sfintere anale, la sua direzione, la forma, il decorso clinico, la breve durata del periodo espulsivo sono altrettanti fatti che ci invitano a rimanere in questa nostra opinione, ritenendola per vera: sfortunatamente ci manca l'esame consecutivo fatto immediatamente dopo il parto, ma è nostra credenza che se questo fosse costantemente fatto, le lesioni della vagina nel parto spontaneo crescerebbero a dismisura in numero.

Nè sarebbe logico il contrapporre il piccolo volume del feto, presentando questo dimensioni e peso inferiori a quelle di bambini a perfetta maturanza, poichè con ciò la questione sarebbe sempre trattata da un punto di vista unilaterale, non potendo dimenticare che parallelamente al grande o piccolo volume del mobile dobbiamo anche considerare le dimensioni e il grado di cedevolezza del canale, la direzione della forza impellente, nonchè il tempo impiegato per la espulsione.

Il caso finalmente getta un po' di luce intorno al meccanismo di *certe lacerazioni perineali*, potendosi queste considerare talvolta *consecutive* a primitive lesioni del setto vagino-rettale.

Non vogliamo finalmente dimenticare di ricordare che ove la lesione del setto fosse assai estesa potrebbe avvenire quel terribile e curioso accidente, l'espulsione cioè del feto attraverso l'orificio anale: la letteratura ostetrica ne ricorda qualche caso.

Osservazione II. — Ebbi agio di osservare il caso seguente nella Maternità di Novara alla cui direzione sono da qualche mese preposto.

N. N., di anni 18, è una robusta contadina che viene accolta

gravida il 16 ottobre 1882. Nel dicembre fu oggetto di esame da parte delle allieve e nulla apparve nè da parte dello scheletro nè de' tessuti molli di anormale: il feto vivo, in presentazione di vertice, posizione S. A.

Si sgravò spontaneamente il giorno 9 gennaio 1883 alle ore 2 1[2 antim., dopo complessive ore 18 di travaglio di cui solo 30 minuti primi dopo la rottura delle membrane; il feto fu espulso per il vertice in posizione OIDP, ridottasi spontaneamente. Era una femmina viva e sana del peso di grm. 3050, lunga cent. 49. Mi è impossibile il segnare qui i diametri del capo fetale, non essendo stati presi. Il decorso del parto nè il secondamento nulla di abnorme presentarono.

Puerperio. — 9 gennaio T. mattina 37. — T. sera 37,4.

10 gennaio mattina 37,1 — sera 37,3. — Benessere generale.

11 gennaio mattina 37 — sera 40,2. — A mezzogiorno lungo brivido.

12 gennaio mattina 38,4 — sera 40,1. — Lochi fetenti.

13 gennaio mattina 38,8 — sera 40,3. — L'odore dei lochi ricorda perfettamente quello del cellulare necrosantesi; passo ad attenta esplorazione ed ispezione vulvo-vaginale. La forchetta è ancora integra ma l'ostio vaginale presenta una profonda lacerazione a destra che va ad estendersi in parte sul grande labbro; quello però che mi colpisce è l'esame della vagina: in corrispondenza dell'unione della parete vaginale anteriore con la posteriore a sinistra ed un po' all'avanti il dito *riscontra una soluzione di continuo rettilinea che comprende tutta la mucosa vaginale nel suo tratto inferiore* (circa i tre quarti) *ma che alla parte alta in tutta vicinanza del fornice oltrechè la mucosa comprende anche le altre tonache vaginali:* in questo punto la vagina risultava completamente spaccata ed il dito esplorante potea penetrare nel cellulare peri-vaginale.

Tenne dietro grave processo di parametrite, grave per il fatto che in un certo momento temetti molto che il processo invadesse anche il campo della sierosa addominale. Accanto all'utero cacciato a destra si formò una grande massa di essudato che occupava e deformava il legamento largo di sinistra. La terapia fu delle più semplici: iniezioni frequenti e prolungate in vagina con soluzioni fenicate: applicazioni topiche costanti del freddo nel quadrante inferiore sinistro.

Ed ecco il tracciato termico:

14 mattina: Temp. 38,9 — sera 41 — 8 pom. 40,2. — Nuovo brivido a mezzogiorno.

15	mattina	38,4	sera	40	notte	39,9
16	»	39,9	»	40,1	»	40,3
17	»	39,5	»	40,7	»	39,5
18	»	38,5	»	39,7	»	39,5
19	»	38,7	»	38,6	»	38,6
20	»	38,2	»	38,3	»	38,4
21	»	38,6	»	37,8	»	38,4
22	»	38,1	»	38,4	»	—
23	»	37,3	»	37,8	»	—
24	»	37,5	»	37,1	»	—

Da questo momento si mantenne l'apiressia e la donna volle abbandonare la clinica prima ancora che la guarigione completa della successa parametrite fosse raggiunta.

Osservazione III. — Quasi contemporaneamente al caso or ora esposto altro potei vederne in una donna degente nel comparto medico dello Spedale Maggiore di Novara diretto dal dottore Cav. Villani. — Debbo alla condiscendenza del gentile collega il poter pubblicare anche questa osservazione che per quanto incompleta giova però.

Trattavasi d'una primipara, d'anni 35 circa, che era stata inviata allo spedale *per febbre* in decima giornata di puerperio; essa raccontava che dieci giorni prima partoriva spontaneamente un bambino vivo che moriva dopo qualche ora; il travaglio avea durato complessivamente due giorni; il feto si presentava con l'estremo cefalico flesso; non c'era stato intervento alcuno; riparava all'ospitale perchè dopo il parto era stato ripetutamente colpita da febbre ingruente a fredda.

All'esame della donna colpisce l'estremo pallore; la febbre elevata e l'odore fetentissimo dei lochi; notasi inoltre un grandissimo tumore splenico che scende fin quasi a livello della cicatrice ombellicale. All'esame de' genitali si riscontra: nessuna lesione marcata alla vulva; utero piccolo bene involuto per l'epoca

del puerperio, mobile; vagina ampiamente squarciata all' avanti ed a sinistra, in modo che il Dott. Villani che la esaminava circa due giorni prima dell' epoca nella quale io la vidi, poteva con tutta facilità introdurre indice e medio della mano esplorante. Notasi inoltre la fossa iliaca sinistra occupata da una tumescenza pastosa, oscuramente fluttuante; la pressione su questa fossa riesce dolorosa.

Il decorso clinico si può riassumere così: accentuazione della febbre ripetentesi con accessi a freddo; inasprimento del dolore nella fossa iliaca sinistra e diffusione di questo verso la regione renale corrispondente. Negli ultimi giorni si notarono dolori diffusi all'addome, vomito, dispnea e tosse. Moriva il 6 febbraio 1883. La terapia generale avea preso di mira la febbre ed il grave stato generale, localmente era stato introdotto per la breccia un tubo a drenaggio e per questo si facevano frequenti lavature con liquido disinfettante.

L'autopsia eseguita dal Dott. Villani il 7 febbraio dimostrava: oloperitonite siero-fibrinosa; pleurite siero-fibrinosa bilaterale; nodulo di polmonia a destra (lobo inferiore). L' esame dell' apparecchio genitale dimostrava: una spaccatura vaginale alla parte alta della vagina a sinistra ed in avanti: l' apertura a bordi granuleggianti dava ancora passaggio all' apice dell' indice; da questa spaccatura era assai facile anche con grossa sonda il farsi strada entro un vasto ascesso occupante tutta la fossa iliaca al disopra della fascia e prolungantesi in alto verso la regione dei lombi.

L'utero piccolo bene involuto; bene riformato il collo che non presenta alterazioni di rilievo.

Le alterazioni riscontrate nella seconda e terza osservazione non presentano dubbio alcuno intorno alla loro interpretazione, nè intorno al meccanismo di loro produzione; riporterò qui alcune righe dello Schroeder che sembrano scritte appositamente: « nella estremità superiore della vagina si riscontrano lacerazioni longitudinali più o meno profonde che vi fanno seguito ad altre esistenti sopra il collo uterino, o si continuano in basso con altre che percorrono la parte media della vagina stessa; queste (lacerazioni della parte media) sono sempre longitudinali, sempre limitate ai lati, sempre dovute alla distensione

esagerata della testa e finalmente *quasi particolari* alle primipare.... esse sono quasi sempre lunghe parecchi centimetri, d'ordinario prendono soltanto la mucosa, ma alcune volte giungono al tessuto cellulare sottostante. » Nel nostro caso la condizione più comune *primiparità* c'era in ambedue le osservazioni, le apparenze e per sede e per forma e per entità anche indipendentemente dal fatto che noi eravamo certi della assoluta mancanza di ogni intervento, deponevano per una lesione spontanea.

Riguardo poi al decorso clinico dei due casi riesce assai chiaro pur esso e nel suo quadro generale e nel suo andamento locale: e prima di tutte ambedue le forme cliniche debbono considerarsi come due forme settiche puerperali; solo nel primo caso la guarigione fu l'esito, la morte invece nel secondo.

Chiarissimo pure riesce il decorso locale, ossia la differente localizzazione del processo infettivo consecutivo alla lesione, qualora si consideri la figura semischematica offerta dallo Spiegelberg nella sua conferenza sugli essudati dei dintorni del canale genitale muliebre (1); nel soggetto della seconda osservazione dall'aperta vagina il processo si estese a preferenza nel cellulare del legamento largo sinistro, in quello invece della 3ª invase il cellulare perivaginale nella sua parte anteriore sinistra e da questo si fece strada a quello lasso della fossa iliaca sinistra sollevando il peritoneo e formandosi in conseguenza una vasta saccoccia marciosa fra la fascia ricoprente il muscolo iliaco ed il peritoneo della fossa corrispondente: i fatti morbosi aggiuntisi più tardi olo-peritonite, pleurite marciosa, e pneumonite debbono essere interpretati quali fenomeni secondari della avvenuta infezione.

Come corollario pratico ricorderemo solo che se il parto si compie in modo assolutamente asettico anche queste lesioni possono passare affatto inosservate: qualora poi ciò non avvenga, e non sembra infrequente, la cura locale deve essere paziente e continua e prefiggersi sempre la disinfezione: a ciò provvedono le irrigazioni frequenti disinfettanti, a ciò serve egregiamente ne' casi in cui sia aperto il cellulare perivaginale la collocazione di ampio drenaggio per il quale sia frequentemente spinto il liquido disinfettante: se i fenomeni locali portassero alla formazione di un vasto ascesso quale si ebbe a notare nel soggetto della terza os-

---

(1) Conferenza N. 72 della raccolta Volkmann. Napoli 1878.

servazione, la pronta incisione dello stesso sarebbe di obbligo per il medico: e ciò non s'è potuto fare nel soggetto in discorso per il rapido insorgere delle altre localizzazioni infettive che prontamente spensero la donna.

Come conclusione dello scritto dirò che la lesione del canale vaginale nel *parto spontaneo è più frequente di quello che a tutta prima possa sembrare;* e che l'antisepsi pedante durante e dopo il parto è la migliore delle profilassi contro le possibili conseguenze di tale accidente.

ISTITUTO OSTETRICO DELLA R. UNIVERSITÀ DI TORINO

diretta dal Prof. Cav. DOMENICO TIBONE

CONTRIBUTO ALLO STUDIO DELL'INFLUENZA RECIPROCA DELLE CARDIOPATIE ORGANICHE E DELLO STATO DI MATERNITÀ

del Dott. EMILIO FASOLA

Medico II assistente e libero docente di ostetricia

Morte improvvisa subito dopo il parto per grave malattia organica di cuore (degenerazione grassa del miocardio) senza vizii valvolari.

Il Professore Chiara in una conferenza tenuta nella scuola di Milano nel 1877 rivendicava al decoro dell'ostetricia italiana i diritti di priorità nella questione dell'influenza reciproca delle cardiopatie organiche e dello stato di Maternità ne' suoi tre periodi di gestazione, di parto e di puerperio; e se soltanto allora l'ostetrico italiano sintetizzava in quella memorabile conferenza le sue impressioni cliniche a questo riguardo, egli non è men vero che già da tempo, dall'esordio della sua direzione della scuola di Milano, aveva trattato l'argomento (vedi Mangiagalli, *Rendiconto clinico* 1875-79, pag. 42). Non era quindi giustificata la taccia di Peter che gli ostetrici avessero completamente sconosciuto fino allora (1) gli accidenti gravido-cardiaci, come egli chiama.

(1) Peter. *Grossesse et maladies du coeur.* Leçons de clinique medicale. Paris, 1877, pag. 178.

Nelle osservazioni e nelle numerose memorie che apparvero in questi ultimi anni, gli autori si occuparono specialmente dell'influenza reciproca che esercitano le viziature valvolari e la gravidanza, il parto, il puerperio, l'allattamento: e sono quelle infatti che nella grande maggioranza s'incontrano in clinica; ma non sono le sole. Si possono avere altre lesioni, ed accidenti non meno gravi senza lesioni valvolari.

Gli antichi consideravano come sole malattie essenziali del cuore la sua dilatazione ed ipertrofia, che attribuivano a cause traumatiche, a sforzi, ad emozioni morali, ecc.; teoria che troviamo ampiamente svolta nel libro del Testa: dopo che Bouillaud ebbe notata la frequente coincidenza delle lesioni valvolari col reumatismo, si passò all'estremo opposto, e venne quasi dimenticata la vecchia teoria che ammetteva come malattie primitive la dilatazione e la ipertrofia del cuore: si aveva la tendenza di attribuire le alterazioni cardiache a disordine meccanico del circolo prodotto puramente dalle lesioni valvolari.

In opposizione a tale esclusivismo invadente il Prof. Burresi nel 1880 pubblicava un caso (1) di ipertrofia e di dilatazione di cuore, al cui esame necroscopico si riscontrava una degenerazione adiposa del miocardio, senza che le valvole fossero menomamente alterate, ma insufficienti solo per effetto della dilatazione delle cavità cardiache: Maurice Coste, in una memoria pubblicata nel 1876 (2), richiamava l'attenzione degli ostetrici sopra tale degenerazione del miocardio, favorita dalle speciali condizioni dello stato di maternità, ed alla quale voleva attribuire la causa più frequente delle morti improvvise nel puerperio più o meno avanzato: Ch. Porak in una tesi di concorso (3), intorno all'influenza reciproca della gravidanza e delle malattie di cuore, la più completa a questo riguardo, parla della degenerazione grassa del cuore e le assegna una ragguardevoie importanza nel rapporto collo stato di maternità.

Un caso osservato nella Clinica diretta dal mio egregio maestro,

---

(1) P. Burresi. *Grave affezione cardiaca senza lesioni valvolari. Sperimentale*, 1880, pag. 26.

(2) M. Coste. *De la myocardite puerpérale comme cause la plus frequente de morts subites après l'accouchement.* Paris, 1876.

(3) Ch. Porak. *De l'influence réciproque de la grossesse et des maladies du coeur.* Paris, 1880.

il Prof. Tibone, e seguito da morte improvvisa pochi istanti dopo il parto, mostra non solo che si possono avere lesioni organiche di cuore essenziali, indipendentemente da alterazioni primitive delle valvole; ma ch' esse possono esistere ed aggravarsi anche senza dar luogo a vizii valvolari secondarii. *La degenerazione grassa del cuore,* allorchè si presenta ad un grado elevato, non è che in via tutt'affatto eccezionale che può stare senza determinare insufficienze valvolari, e questo tanto più nella gravidanza, in cui la massa del sangue e la pressione endovasale è aumentata, e il cuore per ragioni meccaniche e chimiche deve lavorare di più e meglio prestarsi a quelle insufficienze.

L' occorrenza fortunatamente assai rara di siffatta alterazione non ne scema l'importanza clinica; e la scarsità di sintomi netti, caratteristici, facili a rilevarsi, può offrire al medico la meno grata sorpresa di una catastrofe letale, del tutto imprevista, intorno alla quale solo il tavolo anatomico può dare dilucidazioni soddisfacenti.

Così avvenne appunto nel caso che qui riporto.

Il 16 febbraio 1882 entrava in questo R. Istituto una donna gravida, cui veniva imposto il nome convenzionale di Bivio Angela. Dell' età di 40 anni, della statura di metri 1,30, di professione contadina: ha ancora il padre in età di 84 anni, ed una sorella: entrambi godono buona salute: perdeva la madre 25 anni or sono, di malattia a breve durata: nulla vi ha di gentilizio: al dire dell'ammalata, la costituzione scheletrica degli altri membri della sua famiglia è regolare, tutt' altro che rachitica. Essa fino all' età di 10 anni camminava sorreggendosi colle stampelle: è altamente rachitica, ma non si può scoprire a che età abbia esordito in lei il rachitismo. Fu mestruata per la prima volta a 14 anni; regolari le successive mestruazioni nel periodo di ritorno, irregolari nella durata, che variava da 24 ore a cinque giorni. Ebbe l' ultima mestruazione il 5 di aprile 1881; non ricorda l' epoca dei primi moti fetali: sofferse di inappetenza, di nausee e di vomiti nei primi mesi di gravidanza. Ora si presenta in buone condizioni generali: il cranio e la faccia sono piuttosto voluminosi; sporgenti le bozze frontali; denti sani, senza striature; grosse le articolazioni condro-costali; esagerate le curve femorali, curvatura tibiale a concavità esterna; insellatura lombare; bacino rachitico totalmente, irregolarmente ristretto. Le misure prese davano:

Diametro Sp. Il. cm. 25 — Cr. Il. 27
C. E. » 17,50 — C. D. 8,25
C. V. » 7 — Cir. pel. 85

Utero molto mobile, di forma ovolare, in direzione longitudinale: il fondo arriva al terzo superiore della zona sopra-ombelicale. Circonferenza ombelicale cm. 95; circonferenza sotto-ombelicale 94; distanza xifo-pubica 42; distanza pubico-ombelicale 21.

Il battito fetale si sente distinto e regolare nel quadrante inferiore di sinistra, un po' in alto; la testa occupa lo stretto superiore ed è mobile; si sentono le piccole parti a destra. Il collo dell'utero è rammollito, lungo mezza falange, di forma conica, regolare, ad apice in basso; l'orificio è leggermente permeabile.

Il diametro occipito-frontale del feto, misurato attraverso le pareti addominali dà cm. 9; il diametro dell'Ahlfeld dà 22 cm.

Così constatata l'epoca della gravidanza, la grave ristrettezza pelvica, e lo sviluppo approssimativo del feto, il Prof. Tibone colla speranza di estrarre un feto vivo mediante un'applicazione di forcipe si decide a provocare tosto il parto prematuro, e ricorre al metodo Krauser. Nell'introdurre la sonda attraverso l'orificio interno (ore 9 antim. del 18 febbraio), si incontra qualche difficoltà, e si dà luogo ad una piccola perdita di sangue: la sonda è spinta lentamente, con precauzione, ma non ostante si rompono le membrane, e segue uno scolo abbondante di liquido ammiotico. La sonda viene tenuta in sito da un tampone: si applica una fasciatura per occlusione. Alle ore 12 meridiane dello stesso giorno comparivano piccole contrazioni uterine, poco avvertite dalla donna, e a lunghi intervalli: la paziente era in condizioni normali. Alle 5 pom. accusava un po' di cefalea: la pelle era umida: la temp. 37,5, il polso 80: il battito fetale sempre frequente e regolare. Alle 10 pom. è presa da un brivido leggiero: T. 38,4. P. 90: le contrazioni sono più frequenti e più forti; tolta la fasciatura e il tampone, si esplora e si trova il collo dell'utero scomparso, orificio dilatato appena di un centimetro: l'estremo esterno della sonda è sporgente attraverso l'orificio: afferrata coll'indice e col medio non si può estrarre. Presentazione di vertice, alquanto impegnata; fontanella posteriore a sinistra: lo scolo dei genitali non è per nulla fetente. Si fa una doccia uterina della durata di un quarto d'ora, si mette la donna in un bagno tiepido per 20 minuti, e le si amministra una mistura di rhum e cognac.

I dolori da contrazioni uterine continuavano tutta la notte, ma leggieri e a lunghi intervalli: il termometro alle 8 ½ ant. del 19 febbraio segnava 37,2; il polso dava 90: i battiti fetali erano frequenti, ma un po' irregolari. Si toglie la medicazione e con una pinza anche la sonda, e si trova: orificio uterino dilatato di circa 4 cm. rigido, resistente, rivolto verso sinistra: presentazione di vertice fisso allo stretto superiore: si riesce ad introdurre attraverso l'orificio il più grosso dilatatore di Barnes, che si riempie di acqua fenica: si riapplica l'apparecchio di occlusione.

Alle 11 ant. la donna è presa da un altro brivido che dura cinque minuti: T. 37,4. P. 103: le contrazioni sono frequenti ma poco valide. Battito fetale 110, molto irregolare. Alle ore 11,45 ant. si toglie il dilatatore di Barnes, e si trova procidente il cordone, con pulsazioni molto lente: l'orificio uterino dilatato di circa 5 cm. e mezzo, ma molto più cedevole. Il Prof. Tibone decide di praticare l'embriotomia e di liberare al più presto possibile la paziente. Come di solito, prima di passare all'atto operativo fu esaminato il cuore della paziente dal Professore, e successivamente dagli assistenti: i toni sono deboli, ma netti, senza alcun soffio: non irregolarità nel polso, non intermittenze, non dicrotismo: la donna è tranquilla. Fatti i necessarii preparativi, il Professore si accinge all'operazione: perfora la testa fetale col craniotomo del Naegele, indi applica il cranioclasta del Braun; l'applicazione riesce facile; tirate piuttosto energiche fatte su di esso non smuovono la testa. Tolto il cranioclasta, applica il forcipe Guyon ai lati del bacino, dopo aver tagliato il cordone che tornava di impaccio: colle vite a pressione del forcipe Lollini, addattata ai manici di questo forcipe cefalotribo, schiaccia quanto più può la testa, compresa fra le sue cucchiaia: indi ruota lo strumento girandolo di un quarto di cerchio, e poi lo disarticola ed estrae. Ripete l'applicazione e la stessa manovra per quattro volte successive, mettendo così in pratica *la cefalotrissia ripetuta senza trazioni* proposta dal Pajot, e che al dire di Kleinwachter dovrebbesi attribuire al Kiwisch (vedi cura delle presentazioni trasversali; perforazione ed estrazione del cranio fetale. Napoli 1880). Indi riapplica il cranioclasta del Braun, e dopo ripetuti tiramenti si vincono senza difficoltà gli ostacoli e si estrae la testa: deve tirare fortemente sulla testa per disimpegnare ed estrarre il tronco.

L'atto operativo durò 20 minuti. Appena estratto il feto, si fa un'irrigazione intrauterina di acqua fenica alla temperatura di 40° centigradi: dieci minuti dopo si procura il secondamento col metodo della spremitura, si ripete l'irrigazione intrauterina e si somministrano due grammi di segala cornuta: l'utero è contratto: si nota una piccola lacerazione alla commettitura posteriore, e qualche contusione alla faccia interna delle grandi e piccole labbra: viene fatta una fasciatura occludente. L'operata è tranquilla: il polso dà 110; è piccolo, ma regolare: tutto pareva volgere in bene e ispirava la più fondata speranza di buon successo, quando mezz'ora dopo l'atto operativo essa fa un movimento brusco come per mettersi seduta sul letto, si inclina sul fianco sinistro, e cade in deliquio accompagnato da trisma e da sincope. Si fanno ruvide fregagioni alla regione cardiaca, agli arti inferiori, su tutto il corpo: si applicano carte senapizzate, si fanno ripetute iniezioni sottocutanee di etere solforico; iniezioni endouterine di percloruro di ferro (a scopo puramente preventivo, perchè non si aveva metrorragia inquietante), mentre non si tralasciava di praticare la respirazione artificiale col metodo del Pacini: ma tutto è inutile, e la donna cessava di vivere.

Il 20 febbraio, alle 4 pom., 27 ore dopo la morte, il Dott. Anglesio, assistente alla cattedra di anatomia patologica, ne praticava l'autopsia, con questi risultati: pelle di colore pallido, terreo: scarso pannicolo adiposo sottocutaneo: muscolatura floscia: macchie da ipostasi cadaverica al dorso e alle parti declivi. Scheletro poco sviluppato; nulla di notevole alla faccia interna della calotta craniana e alla dura madre della volta e della base: seno longitudinale superiore vuoto: l'encefalo presentasi in grado assai pronunciato di anemia e di edema. All'apertura del torace si trova il polmone destro libero da aderenze, il polmone sinistro fissato alla parete toracica per gran tratto della sua superficie da briglie connettivali: poca quantità di liquido sieroso tinto in rosso nelle cavità pleurali: i due polmoni sono leggermente enfisematosi ai margini; edema ed ipostasi cadaverica posteriormente. Anche nel pericardio discreta quantità di siero rossigno per imbibizione cadaverica: piccolo coagulo di sangue nel ventricolo destro, quasi completamente vuoto il ventricolo sinistro. Imbibizione cadaverica diffusa dell'endocardio, specialmente nelle orecchiette: valvole sane, e per nulla insufficienti, come risulta anche dalla prova idrostatica: il miocardio è molto inspessito,

massime nel cuore sinistro; è di una flacidezza straordinaria, e friabile alla pressione digitale: ha un aspetto rosso-grigiastro, ed è evidentemente in degenerazione grassa. L'esame microscopico fatto nel laboratorio di anatomia patologica dallo stesso Dottore Anglesio, riconfermava perfettamente la diagnosi fatta, e la degenerazione grassa del miocardio si mostrava ad un grado avanzato.

Nella cavità addominale si trovano le anse intestinali ed il ventricolo distesi da gas: sul peritoneo parietale, in corrispondenza della regione ombelicale si notano piccole emorragie sottosierose; nelle parti declivi della cavità peritoneale una discreta raccolta di trasudato siero-sanguinolento.

Nulla di notevole nella disposizione dei visceri addominali. Il ventricolo contiene una piccola quantità di sostanze liquide ingeste, la mucosa è spalmata di catarro, le vie biliari sono libere. Sulla faccia convessa del fegato esistono piccole emorragie sottocapsulari, il fegato è grasso, la milza ha volume normale, sono visibili i follicoli linfatici: il rene sinistro presenta traccie di nefrite interstiziale cronica e il destro si trova nelle stesse condizioni. La vescica è vuota, piccole emorragie punteggiate sotto la mucosa: l'ultima porzione dell'intestino retto presenta alquanto dilatate le vene emorroidarie inferiori.

L'utero è molto voluminoso ed obliquo a destra: il fondo arriva al margine inferiore del fegato che oltrepassa di due dita trasverse l'arco costale: la parete uterina è floscia, la cavità è rivestita qua e là da lembi di membrane, l'inserzione placentale corrispondeva alla parete posteriore del segmento superiore dell'utero: è ancora aderente una piccola porzione di placenta, della grossezza di una noce: nessun coagulo sanguigno nella cavità: il collo dell'utero presenta una piccola lacerazione a sinistra: contusioni di poco momento a lato della lacerazione ed a destra. Sulla vagina si notano lacerazioni poco estese e contusioni, specialmente in corrispondenza della fossa navicolare e della parete posteriore: ecchimosi sottomucose.

Una sorpresa tanto triste, la cessazione istantanea della vita di quella povera donna pochi minuti dopo un atto operativo condotto da mano maestra, ottimamente riuscito, e pel quale si aveva piuttosto diritto di vantare la salvezza di un'esistenza, non poteva a meno che preoccupare seriamente.

Come poteva spiegarsi? quale la causa?

In ogni tempo i clinici hanno osservato casi di morte improvvisa nel puerperio, e troviamo un cenno a questo riguardo nel trattato del Moriceau (1): non tutti però furono d'accordo nel constatare la genesi di accidenti tanto gravi.

Infatti doveva essere così: a produrre lo stesso effetto varie potevano e dovevano essere state le cause col variare degli individui e delle circostanze.

Rambostham (in London med. Repository, 1814) attribuiva la morte improvvisa sopratutto alla commozione morale: Mac Comak (in Provincial med. and sug. journal, 1850) all'entrata di aria per le vene uterine nel circolo ed è conosciuta la bella memoria dell'Olshausen (2): Necker (in deustche Klinik. 1855) all'obliterazione dell'arteria polmonale. A tale riguardo lo Schroeder si esprime in questi termini (3): « Può darsi che la trombosi fisiologica che ha luogo nelle vene dell'utero si estenda in qualche ramo maggiore, donde alla fine si distacchi un embolo di un volume non ordinario, il quale, entrato nel cuore destro, imbocchi l'arteria polmonale, quivi si arresti, o si arresti in una delle sue branche più grandi, e dia la morte o subito o dopo alcuni giorni coi sintomi sempre crescenti di dispnea, cianosi, e diminuzione della temperatura. »

Hervieux in varie pubblicazioni accenna alle lesioni del sistema circolatorio, respiratorio, nervoso, e nel suo trattato delle malattie puerperali ricorda con preferenza la infezione puerperale: Lamy (de la mort subite des femmes en couches. Paris 1873) dà molta importanza alle alterazioni del sangue ed alle affezioni organiche aggravantisi nel puerperio.

Il Prof. Tibone, nel riferire alla scuola pochi momenti dopo la morte della donna, di cui ho narrata la storia, pur premettendo che solo l'autopsia avrebbe potuto illuminare definitivamente intorno alla questione, ricordava tutte le cause presumibili dell'accidente inaspettato, soffermandosi in special modo sulle lesioni

---

(1) Moriceau. *Traité des maladies des femmes et de celles qui sont accouchées.* Paris, 1868, pag. 94.

(2) Olshausen. *Monatsch. für gebur.* Tom. XXVIII.

(1) C. Schroeder. *Manuale di ostetricia con un trattato sulla patologia della gravidanza e del puerperio.* Traduzione sopra la VII edizione del D. Rocca con prefazione ed aggiunte del Cav. Prof. D. Tibone. Milano, 1883.

organiche di cuore e sull'entrata di aria nel circolo per le vene uterine.

Unico sintomo che avrebbe potuto far sospettare una cardiopatia era stato dato dal polso assai piccolo e lento: del resto i toni del cuore deboli ma netti; non irregolarità, non intermittenze, non dicrotismo, non soffi, che forse uno sforzo muscolare un po' prolungato avrebbe potuto mettere in scena; non accessi notturni di dispnea. Non aver esaminato il cuore subito dopo l'atto operativo, durante l'ultima parte del quale la donna con vigorosi sforzi espulsivi aveva coadiuvato l'opera dell'ostetrico, segna certamente una lacuna; ma possiamo ripetere, « *del senno di poi son piene le fossa* ».

Per altra parte, l'atto operativo, l'irrigazione intra-uterina praticata dopo l'estrazione del feto, e ripetuta subito dopo il secondamento, si prestavano assai bene all'ultima supposizione. L'idea della penetrazione di aria nel circolo per le vene uterine, accarezzata dagli uni, rigettata dagli altri, in tempi non lontani da noi ha dato luogo ad una serie di studii e di esperienze non sempre concordi nei risultati. Non intendo di portare discussione in questo problema, che per la grande maggioranza degli ostetrici è oramai risolto: l'osservazione clinica, soggiungeva il Professore Tibone, e i reperti necroscopici parlano chiaro per l'ammissibilità dell'entrata di aria nelle vene uterine in determinate condizioni dell'apparato generativo: e l'Olhsausen ed il Litzmann hanno dimostrato con sicura osservazione che si può iniettare aria nell'utero quando se ne pratica la irrigazione. Alla stessa conclusione veniva il Prof. Mangiagalli in un lavoro notevole a questo riguardo, nel quale asserisce, coll'appoggio di fatti, non essere infrequente il caso che l'aria atmosferica si faccia strada nelle vie generative della donna; e in una serie di casi ben constatati, i gas introduttisi o sviluppatisi nel cavo uterino (egli dice) si sono aperta la via per entro i seni uterini apportando rapidamente la morte (1).

Nel caso sopra riportato per buona ventura la necroscopia ha esclusa questa supposizione, e dimostrata una grave lesione car-

---

(1) M. Mangiagalli. Morte per introduzione diaria nelle vene. *Annali di ostetricia, ginecologia e pediatria*, 1880, pag. 27.

diaca, singolare e notevole: la degenerazione grassa del miocardio era stata l'unica causa della morte improvvisa; per buona ventura, ripeto, chè io aveva praticata l'irrigazione uterina, e mi crucciava il dubbio che a questa, benchè fatta coll'osservanza scrupolosa di tutte le precauzioni, fosse dovuta la morte per introduzione di aria nell'utero insieme coll'acqua dell'irrigazione.

Non è raro, asserisce Virkow (Sitzung der Berliner-geburstbülflicher gesellschafft) di riscontrare la degenerazione grassa del cuore nello stato di puerperalità; e il Lebert insiste sull'influenza della gravidanza nella sua produzione. Le modificazioni che durante la gravidanza avvengono nelle parti costitutive del sangue, l'aumento nella quantità di acqua, la diminuzione dei globuli rossi, del ferro e dell'albumina; e per altra parte il lavoro maggiore del cuore e la sua ipertrofia senza dubbio debbono concorrere alla denutrizione del miocardio e alla sua degenerazione. L'alterazione trovata nel caso sovracitato rende assai ovvia la spiegazione della sincope e della morte improvvisa: sappiamo che nel travaglio ad ogni contrazione uterina si producono modificazioni brusche nel circolo, scesquilibrii idraulici inevitabili, tantochè, massime nel periodo espulsivo, si possono sentire soffii transitorii, senza alcuna lesione cardiaca; orbene nel caso nostro il cuore, soprafatto dal lavoro eccessivo del parto, in seguito al traumatismo di un atto operativo, caduto in sincope, non poteva più riprendere la sua funzionalità per la profonda alterazione delle sue fibre muscolari, e cessava definitivamente di vivere.

Dopo quanto abbiamo detto possiamo venire alle seguenti conclusioni:

1.° Si possono avere malattie organiche di cuore senza vizii valvolari primitivi o secondarii.

2.° Le modificazioni indotte dalla gravidanza nell'apparato circolatorio, favoriscono la degenerazione grassa del cuore.

3.° La sincope cardiaca nei casi di degenerazione pronunciata del miocardio ha carattere di gravità, e può farsi inaspettatamente mortale.

Insufficienza e stenosi della mitrale.

Riguardo alla sintomatolgia e all'esito si trova in pieno disaccordo colla sopracitata un'osservazione raccolta in clinica contemporaneamente a quella, e che riporto qui brevemente.

Camelia Cristina, cameriera, dell'età di 24 anni, della statura di metri 1,52 del peso di kg. 54. Entra nella clinica ostetrica il 28 febbraio 1882 gravida per la prima volta. Nulla di gentilizio; ebbe la prima mestruazione a 15 anni: regolari le successive nel periodo di ritorno e nella durata: non ricorda la data dell'ultima mestruazione e dei primi moti fetali. Sofferse di poliartrite all'età di 21 anni, e ne riportava una lesione organica di cuore (insufficienza e stenosi della mitrale); la stessa malattia si ripeteva or sono quattro mesi, e per questa era costretta a ricoverare nello Spedale di S. Giovanni nella sezione affidata all'egregio Dottore Baldi. Stante la gravidanza, e l'aggravarsi continuo dei sintomi cardiopatici, di là veniva diretta in questa clinica ostetrica subito dopo la scomparsa delle manifestazioni articolari. All'esame praticato qualche ora dopo la sua entrata (28 febbraio) si trovava:

Conformazione scheletrica regolare, bacino normale, gravidanza nella metà del sesto mese, con feto vivo: edema alle estremità inferiori, e leggiero edema alle palpebre: affanno di respiro, tosse molesta con abbondante espettorazione siero-mucosa e con striscie di sangue: ad ogni sistole il torace nella regione cardiaca si solleva bruscamente, e trasmette alla mano applicatavi un fremito distinto: all'ascoltazione si sentono numerosi rantoli a grosse e medie bolle in entrambi i polmoni, e più posteriormente e alla base: rantoli quasi crepitanti verso gli apici: alla punta del cuore un soffio marcato accompagna tutto il primo tempo: ottusità cardiaca estesa più a sinistra, a carico del cuore sinistro. Urina limpida, di colore pallido, leggermente acida: contiene traccia di albumina. Questa scompare nei giorni successivi, ma la quantità dell'urina non oltrepassa nelle 24 ore grm. 1080, minima grm. 900.

Alla sera si ha esacerbazione quotidiana dei sintomi sovracitati, e particolarmente della dispnea, e di un dolore oppressivo alla

regione cardiaca: una decozione di bacche di ginepro con parecchi grammi di acetato potassico; i balsamici (creosoto con glicerina; bocconi calmanti, riescono poco a scongiurare la minaccia di un intervento ostetrico. Nell'aspettativa il Prof. Tibone prescriveva una soluzione di quebracho, la cui azione calmante tornava veramente favorevole ed efficace; e col riposo assoluto, ed una terapia razionale ed opportuna, coll'uso del quebracho, e di latte in quantità, sorretta dalle forze compensatrici della natura, la quale spesso ai grandi mali appone grandi e validi rimedii, la donna poteva raggiungere il termine, o poco meno, della gravidanza, e partorire il 10 giugno, in modo naturale e facile un feto vivo e sano, del peso di grm. 2860. Il sopraparto durava sei ore nel periodo dilatante, un'ora nell'espulsivo, e pochi minuti nel periodo del secondamento: non emorragia nè durante nè dopo il parto: nessun fenomeno di rilievo, se si eccettua una recrudescenza dell'affanno di respiro specialmente nel periodo espulsivo, e al sopraggiungere delle contrazioni uterine, e la minaccia di deliquio, più al momento della cacciata della testa, ed evitato colla somministrazione di eccitanti internamente, e con un'iniezione sottocutanea di etere solforico.

1° giorno di puerperio temperatura massima 37,1. P. 80. R. 34. Tosse ed abbondante espettorazione muco-salivale con striscie di sangue: dolore alla regione sottoscapolare sinistra con irradiazioni anteriori: ventre trattabile, indolente alla pressione; fondo dell'utero a livello del bellico: urina senza albumina, di colore pallido, acida, grm. 1000 nelle 24 ore.

2° e 3° giorno di puerperio, T. 37. P. 88. R. 38. Condizioni generali sempre eguali.

4° giorno: T. 37,2. P. 84. R. 36. Più vivo il dolore alla regione sottoscapolare di sinistra: rantoli quasi crepitanti alla base del polmone sinistro: affanno di respiro; si applicano cataplasmi senapizzati alla località dolente.

5.° giorno: T. 37,5. P. 90. R. 38. Urine rossigne, senza albumina: peso specifico 1028, grm. 1020 nelle 24 ore. Perdura il dolore alla regione sottoscapolare sinistra, e un po' di dispnea: tosse ed abbondante escreato muco-salivale: cataplasmi senapizzati, poscia sei coppette secche, ed un'iniezione sottocutanea di morfina alla sera.

6° giorno: T. 36,8. P. 80. R. 30. Meno vivo il dolore: diminuita la tosse e l'espettorato, respirazione più libera e tranquilla.

Nei giorni successivi si nota miglioramento progressivo delle condizioni generali, e in sedicesima giornata di puerperio veniva rinviata nella clinica medica dello Spedale di S. Giovanni, donde era stata mandata. La rividi poi qualche mese dopo in stato relativamente buono.

Come abbiamo visto, nel primo caso la lesione cardiaca grave, foriera di morte istantanea subito dopo il parto, passava quasi inavvertita durante la vita: nel secondo, in donna già gravemente malata per insufficienza e stenosi della mitrale, la gravidanza aumenta le sofferenze e i sintomi dell'alterazione; ma coll'igiene e con una conveniente terapia essa va a termine, il parto si compie bene, il puerperio lenisce le sofferenze, e ben presto la donna si sarebbe trovata presta a ritornare alla prova, se l'avviso dell'ostetrico non l'avesse persuasa dei gravi pericoli che certamente avrebbe incontrato. L'insufficienza della mitrale costituisce uno dei vizii cardiaci più frequenti, e più gravi, e benchè qui fosse congiunta a stenosi dello stesso orificio, la prognosi non poteva essere meno riservata nell'insorgere di una seconda gravidanza. « La gestazione dice il Prof. Chiara (1), costituisce una complicanza delle affezioni cardiache in genere, e una complicanza gravissima di taluna in ispecie (insufficienza della mitrale); e la complicanza sta in ciò che molti accidenti o talune delle conseguenze più tristi che nel corso di una cardiopatia debbono pur presentarsi ad un dato momento e per necessità fisio-patologica, si mostrano più presto e più rapidamente gravi e minacciose nel corso della gravidanza; gli è quanto la teoria afferma e la clinica prova. E ben più di quella dello stato di maternità sulla cardiopatia, è funesta l'azione di questa su quello, e noi troviamo nel bilancio attivo (trista attività) dei vizii di cuore in rapporto collo stato di maternità, gli aborti ripetuti, preceduti o non dalla morte del feto; i parti prematuri; gli accidenti nel sopraparto, emorragie in questo e nel puerperio, morte rapida od anche improvvisa della puerpera ».

È anche merito dell'ostetricia italiana l'aver tracciato in modo preciso e netto la terapia ostetrica nelle varie contingenze e nei varii momenti determinati dalla coesistenza della cardiopatia con lo stato di maternità: quanto alla terapia medica è bene ricor-

---

(1) D. Chiara. Conferenze. *Rendiconto* 1877, pag. 41.

dare l'azione benefica avuta dal quebracho, nel calmare i sintomi della cardiopatia nel secondo caso sopra riportato. Esso veniva somministrato sotto la formola ordinaria di soluzione acquosa, alla dose di un cucchiaio all'ora, e preferibilmente la sera, per vincere l'insonnia, l'agitazione, la dispnea, il dolore alla regione cardiaca. Si aveva cura di sospenderne l'uso quando tali sintomi si contenevano in limiti moderati.

In questo modo coll'igiene, e con una terapia conveniente, a norma delle complicanze e dell'opportunità, la donna si portava a termine di gravidanza senza accidenti relativamente gravi, e certamente meno imponenti di quanto si aveva diritto di aspettare dalla sede e dalla fase cui era giunta la lesione.

SULLA
TERAPIA DELLA SEPSI PUERPERALE

SECONDO LE ESPERIENZE FATTE

nel triennio dal 1 luglio 1879 al 1 luglio 1882

nella 2ª Clinica Ostetrica

del signor Prof. **Breisky** a Praga

PER CURA

DEL DOTT. GUGLIELMO FISCHEL

Assistente alla 2ª Clinica Ostetrica

Traduzione del Dott. **ALBERTO BLOCH**

Assistente alla Clinica Ostetrico-Ginecologica del R. Istituto Superiore di Firenze

---

(*Continuazione*, V. N. 2, pag. 104).

Alle 11 ½ ant. venne ammessa in clinica una primipara, di 18 anni; poco prima essa fu riscontrata da una levatrice di fuori. All'esame si trovò il bacino nell'insieme normale, l'orificio est. del collo completamente dilatato. Un'ora dopo avvenne l'espulsione spontanea di un feto maturo non molto grande (48,3 ctm. lunghezza, peso 2870 gr.). Una piccola lacerazione del piccolo labbro destro fu suturato con quattro punti. Immediatamente al parto T. 37,8° C. P. 120.

Data			T.	P.	R.
21/1	ore	1 pom.	37,8	120	
	»	5 »	38,3		
22/1	»	8 ant.	37,3	72	Stato generale buonissimo, lochi cruenti. Si ordina ergotina.
	»	2 pom.	37,2		
	»	6 »	37,2	80	

Data		T.	P.	R.	
23/1	ore 8 ant.	39,3	120		Ha avuto nella notte un brivido di freddo, accusa cefalea.
	» 2 pom.	40,2			
	» 6 »	40,6	142		Si ordinano irrigazioni vaginali con acqua di cloro ogni 2 ore, si levano i punti di sutura. Nella mattina si somministra 1,5 gr. di chinino.
					Dopo mezzogiorno: siccome esisteva uno scolo sang. abbondante, così ci entrò il sospetto che questo dipendesse da un anormale contenuto nella cavità uterina, per cui si ordinò l'irrigazione intrauterina permanente dalle 2-5 pom. In seguito a questo venne espulso un pezzo di corion. Allora noi speravamo di disinfettare contemporaneamente la ferita esterna.
					Malgrado tutto la febbre aumenta, cresce la cefalea, entra inquietudine ed eccitazione psichica.
24/1	» 8 ant.	39,6	128		Si ordina ogni mezz'ora un cucchiaino da caffè di rhum, inviluppi freddi; chinino 1 gr. la mattina e la sera.
	» 11 »	39,3			
	» 2 pom.	40,5	136		
	» 5 »	38,8	90		
	» 8 »	39,2			
25/1	» 8 ant.	40,5	144		La malata accusa rumori per il chinino, ha l'udito un poco ottuso; il viso rosso acceso, gli occhi lucenti febbrili, la pelle urente e secca. Si ordinano inviluppi freddi, rhum. La milza è notevolmente ingrandita. Alle 10 ant. si tentano di nuovo le irrigazioni vaginali coll'acqua di cloro che si prolungano fino alla 1 pom., quindi si interrompono. Si trovano i
	» 11 »	41,5	144	36	
	» 2 pom.	41,4			
	» 5 »	40,3	120	32	
	» 8 »	40,0			

Data			T.	P.	R.	
						genitali nel seguente stato: il piccolo labbro destro è leggermente edematoso; sull'orlo dell'imene un poco a destra dalla commissura posteriore si trova sul luogo della sutura un'ulcera coperta da uno strato secco giallo. Nella vagina presso la porzione vaginale del collo si trova una piega dolente diretta verso sinistra. Sulla porzione vaginale a destra si trova una lacerazione di cui gli orli hanno stratificazioni gialle. — Tutti questi punti si cauterizzano energicamente colla tintura di jodio e si asperge coll'jodoformio. La sera si somministra 1 gr. di chinino.
26/1	»	8 ant.	39,0	120	26	Si ordinano localmente irrigazioni vaginali ed internamente alle 3 pom. chinino 1 gr., alle 6 pom. un altro gr. di chinino.
	»	11 »	38,6	112	26	
27/1	»	6 ant.	38,6	84		
	»	11 »	38,1			
	»	2 pom.	38,5	92	32	
	»	6 »	38,2			Da indi in poi comincia lo stato apirettico.

Che in questo caso, terminato colla guarigione senza formazione di essudato malgrado che nell'utero si trovasse un residuo di membrane, l'infezione avesse origine nei genitali esterni, ce lo dimostra l'anamnesi, dalla quale risulta che l'esplorazione fu fatta a collo completamente dilatato, ce lo dicono l'infruttuosità del trattamento intrauterino e l'esito favorevole, non per crisi, dietro la cura adattata delle ferite infette.

Che le irrigazioni intrauterine in questo caso potessero essere continuate, senza portar cattive conseguenze e con vantaggio, noi, secondo le nostre osservazioni analoghe, non lo crediamo proba-

bile. Mentre che in questo caso un sintoma indiretto, vale a dire l'abbondante secrezione di lochi sanguigni ci indicò all'anormale contenuto nella cavità uterina ed a causa di ciò la nostra terapia prese una falsa strada, ci poteva capitare lo stesso nel seguente caso, se noi avessimo preso più in considerazione l'anamnesi che il ritrovato objettivo:

Una pluripara partorì spontaneamente e facilmente un feto a termine, morto ed in stato di putrefazione; immediatamente al parto fu fatta una buona irrigazione intrauterina al 5 % di acqua fenicata. Dopo che i primi quattro giorni decorsero normalmente, la puerpera si ammalò con brividi di freddo, cefalea e prostrazione generale.

La mattina si ebbe la T. di 39,8, il P. 104, R. 32.

L'utero non era dolente e si trovava quattro dita al disopra della sinfisi, i lochi erano abbondanti, densi e di colore scuro. Si ordinarono le irrigazioni fenicate vaginali ogni 5 ore ed internamente ergotina. Fino alle 6 pom. la temperatura salì a 40,2°. All'ispezione dei genitali si trovano nell'ostio vaginale leggere escoriazioni coperte da stratificazioni secche, giallo-sporche; anche sulle pieghe della mucosa della parete anteriore della vagina si trovano stratificazioni gialle (necrosi epiteliale). Tutti questi punti malati si cauterizzarono colla tintura di jodio e si aspersero colla naftalina. Nella stessa sera la temper. scese a 39,5° e dopo avere passato bene la notte la puerpera presentava nella mattina una temperatura di 37,0° C. e 76 pulsazioni e di qui innanzi rimase apirettica. Le piccole escoriazioni si spogliarono dopo 3 giorni.

Certamente in questo caso, dove un feto putrefatto soggiornò lungamente nell'utero, era facile riferire la malattia all'endometrio; inquantochè si poteva ammettere che l'irrigazione intrauterina non avesse completamente resi innocui tutti i germi settici che potevano trovarsi nella cavità dell'utero.

Intanto noi dobbiamo ritenere presentemente in questo caso un'infezione per innesto di una piccola escoriazione dell'ostio vaginale.

Dopo avere esposto al benigno lettore le nostre attuali opinioni sulla terapia della febbre puerperale nel suo esordire e dopo averle illustrate con alcuni casi concreti, ci sia permesso di presentare dettagliatamente i risultati ottenuti, in base a queste opinioni, nella 2ª clinica ostetrica del Prof. Breisky.

Sebbene i risultati anche prima fossero molto soddisfacenti ed i migliori che siano mai stati osservati nelle cliniche tedesche, pure, dopo il passo addietro fatto nell'anno 1880, nel quale si usarono largamente le irrigazioni intrauterine e permanenti, si nota nell'anno 1881 un progresso notevole.

Mentre nell'anno 1880 si ebbero in clinica 3 e fra le trasferite allo spedale 6 morte per sepsi puerperale, che costituisce sopra 880 puerpere licenziate una mortalità di 1 % quasi, nell'anno 1881 invece fra 933 puerpere noi abbiamo perduto soltanto 4 donne per sepsi. Se noi non teniamo conto di una puerpera morta al secondo giorno dopo il taglio cesareo classico e d'un altra morta piuttosto per prolungato collasso 5 giorni dopo la rottura completa dell'utero, avvenuta fuori della clinica, essendo il primo un caso eccezionale, non osservato negli anni precedenti, ed il secondo riportato nella statistica per particolari scrupoli alla sepsi, noi troviamo sopra 933 puerpere licenziate soltanto 2 casi di morte, il che rappresenta una mortalità di 0,21 %.

Siccome il numero delle morte non può da sè servire di misura per dare un giudizio sulle nostre fatiche profilatiche e terapeutiche, così io voglio esporre dettagliatamente i nostri rapporti di morbilità.

Di 933 puerpere sono state licenziate 790 (85,6 %) nelle quali la temperatura non oltrepassò mai i 38,2 C.

Fra queste: 724 (77,5 %) ebbero non solo un puerperio afebbrile ma perfettamente fisiologico, mentre le seguenti ebbero diversi disturbi afebbrili nel puerperio:

Ragadi dei capezzoli	26
Ragadi ed infarti delle mammelle . .	5
Eritema delle mammelle	1
Edema dei genitali	11
Ferite dei genitali guarite per seconda intenzione	19
Colpite	3
Lochiometra	5
Nefrite ed eclampsia (1)	3
Colica uterina	1
Paralisi del nervo peroneo	1
In tutto	75 casi, 8 %

(1) Oltre questi si ebbero altri 3 casi di eclampsia con febbre.

Di affezioni febbrili che non avevano nessun nesso causale col puerperio furono osservate:

Trombosi per varici	1
Gastrite	1
Tubercolosi polmonare	1
Tubercolosi delle glandole linfatiche	1
Pneumonite cruposa	2
Tifo addominale	2, morta 1
Artrite sacro-iliaca (1)	1
Anemia perniciosa . , ...	1
Mastite . . . . . , . . .	12

Da quest'esposizione risulta che nella Clinica, inclusa 1 morta allo Spedale, si ebbero 7 morte, ossia 0,74 %.

Le altre 112 puerpere ebbero affezioni febbrili che certamente o presumibilmente si trovavano in connessione coll'infezione settica degli organi della generazione.

In questo numero, che corrisponde ad una morbilità di 12 %, sono comprese tutte le puerpere delle quali la T. all'ascella, fatta astrazione dal 1° giorno del puerperio, era oltrepassata i 38,2° C. una volta sola.

Malattie veramente gravi si ebbero soltanto in 10 casi, che costituisce una morbilità reale di 1,07 %.

Ma per le nostre esposizioni scientifiche e specialmente per dare un giudizio sugli esiti della terapia, sono indispensabili cifre maggiori, poichè noi sappiamo che i casi gravissimi, mortali non si devono distinguere al loro esordire dai casi che finiscono presto in guarigione; perciò voglio aggiungere una tabella per dimostrare in tutti i 112 casi il decorso della febbre, i sintomi più importanti, la terapia, le osservazioni alla storia dei parti ed i risultati finali.

Noi speriamo che questa maniera di esporre farà vedere al lettore che noi abbiamo cercato di conservare la più grande imparzialità nelle nostre esposizioni, nelle quali egli troverà un documento perfetto per la giustezza delle nostre affermazioni teoriche.

---

(1) La malata fu trasferita alla Clinica chirurgica dove morì. Questo caso sarà forse soggetto di una memoria separata.

Quando rifletto che ogni anno viene ammessa nella nostra Clinica una grande quantità di gravissimi casi ostetrici, ai quali costantemente si aggiungono casi trascurati o mal operati ed un numero considerevole di partorienti già malate per infezione settica che non sempre ci riesce a troncare immediatamente al parto, noi possiamo considerare con una certa soddisfazione i nostri esiti che lasciano già molto addietro quelli della pratica privata.

Tuttavia noi speriamo di rendere questi esiti nell'avvenire ancora più favorevoli e, mentre teniamo forte i nostri attuali acquisti, dei quali siamo obbligati ai geni dello Semmelweiss e del Lister, speriamo di fare ancora altri progressi e miglioramenti.

Il progresso essenziale, che appartiene ancora all'avvenire, consisterebbe da una parte nella possibilità di potere combattere la infezione per innesto dell' endometrio, di fronte al quale siamo fino ad ora abbastanza impotenti, e dall'altra parte nel perfezionamento della diagnosi e prognosi che ci faranno astenere da ogni eccessivo intervento terapeutico.

(Seguono le Tabelle).

TABELLA dei casi di febbre effimera cagionata da ferite infette dei genitali.

Num. progressivo	Num. dei parti	Giorno del puerperio	Temperatura massima	Polso massimo	Sintomi	Terapia	Osservazioni
1	I	2	38,5	80	Piccole ulcere coperte da stratificazioni biancastre sugli apici di alcune caruncule mirtiformi	Irrigazione vag. Ergotina	
2	I	8	38,4	96	Piccole escoriazioni nell'ostio vaginale.	Irrigazioni vaginali.	
3	I	6	38,4	104	Piccole escoriazioni nell'ostio vag.	—*	* È ben inteso che in questi casi leggeri si sono fatte le irrigazioni della vulva come in puerpere sane.
4	I	2	38,3	80	Piccola ulcera ed edema dei genitali.	Clistere.	Contemporaneamente ristagno del latte. Immediatamente al parto si distacca colle mani un residuo di membrane aderenti.
5	I	8	38,5	120	Piccola ulcera ed edema dei genitali.	Applicazioni coll' emulsione canforata.	Un' incisione suturata che guarì soltanto in parte.
6	I	2	38,5	96	Piccola ulcera.	Si allontanano i punti di sutura. Emulsione canforata. – Irrigazioni vagin. ogni 2 ore.	Un' incisione suturata non guarita. Necrosi per irrigazioni permanenti coll'acido fenico di cattiva qualità. Immediatamente al parto distacco di resti d'uovo aderenti.
7	I	5	38,5	92	Piccola ulcera ed edema.	Emulsione canfor.	Bacino universalmente ristretto.
8	I	7	38,3	92	Piccola ulcera. Irrigazione vag.	Emulsione canfor.	Ragadi del capezzolo.
9	I	3	38,4	52	Ulcera ed edema dei genitali.	Emulsione canfor.	
10	I	2	38,4	112	Escoriazioni della vulva, edema delle grandi labbra. Ut. dolente alla pressione.	Irrigaz. vag. 4 volte al giorno. – Compresse alla Prieisnitz sul ventre.	La placenta era inserita in basso. – Emorragia forte post partum per atonia, si fanno irrigazioni con acqua calda, poi comprensione bimanuale dell'utero secondo Breisky – finalmente injezioni col percloruro di ferro.
11	II	4	38,6	120	Utero dolente alla pressione, escoriazioni sulla superficie interna delle piccole labbra con stratificazioni gial-	Irrig. vaginali continuate ogni 3 ore.	Ammessa in Clinica con fisometra febbre alta e con un feto in putrefazione avanzata. Ostacoli al parto: una notevole stenosi cicatriziale della

Num. progressivo	Num. dei parti	Giorno del puerperio	Temperatura massima	Polso massimo	Sintomi	Terapia	Osservazioni
					le. Non cefalea nè brividi di freddo.		vagina e stenosi del bacino. – Perforazione del cranio ed estrazione con cranioclasta. Irr. uterine con acqua di cloro.
12	II	4	38,6	96	Suppurazione dell'incisione.	Si levano i punti di sutura. Irrig. vaginali.	
13	I	4	38,6	92	Ulcera piccola.	Emuls. canfor.	
14	I	4	38,8	120	Suppuraz. di una piccola lacerazione perineale.	Si levano i punti di sutura.	
15	I	5	38,8	96	Piccola ulcera nella fossa navicolare. - Lochi abbondanti sanguigni.	Ergotina.	
16	I	3	38,8	80	Ulcera. Lochi sanguigni.	Si cauterizza l'ulcera colla tintura di jodio. Emulsione canforata.	
17	I	8	39,9	102	Ulcera sorta da una piccola lacerazione del piccolo labbro sinistro.	Emuls. canforata. Clistere.	Contemporaneam. un infarto latteo.
18	I	3	39,0	114	Lacerazione coperta da stratificazioni ed edema del piccolo labbro sinistro. Orripilazioni secreto uter. spumoso.	Si cauterizza l'ulcera colla tint. di jodio.	
19	I	4	39,0	100	Suppurazione della lacerazione saturata. Lochi abbondanti scuri.	Ergotina. Irr. vag. Emuls. canforata. Si cauterizza colla tintura d'jodio dopo levati i punti di sutura.	Necrosi dell'epitelio per la cauterizzazione coll'acido fenico di cattiva qualità.
20	I	4	39,0	76	Laceraz. che suppura.	Emulsione canf.	Necrosi per acido fenico.
21	I	6	39,1	104	Ulcera nell'ostio vaginale.	Cauterizzazione col cloruro di zinco al 10 %.	Condilomi accuminati.
22	I	3	39,2	80	Ulcera nella fossa navicolare. Lochi abbondantissimi saniosi. Non cefalea, non brividi di freddo.	Irrig. vaginale ogni ora.	La donna fu ammessa nella Clinica già sgravata.
23	II	6	39,3	144	Ulcera al labb. destro. Dolori post partum. Espuls. di picc. coaguli. Bri-	Emuls. canf. Irrig. vaginale.	Applicazione di forcipe per mancanza di contraz.

	Num. dei parti	Giorno del puerperio	Temperatura massima	Polso massimo	Sintomi	Terapia	Osservazioni
4	I	8	39,4	92	Brivido di freddo. - Ferita suppurante.	Clistere. Irrig. vag.	Contemporaneamente ragadi ai capezzoli che si trattano colla glicerina e tannino.
5	II	2	39,6	108	Brivido di freddo breve. Dolori post partum. – Gli orli delle pieghe vaginali sono coperti di stratificazioni gialle.	Clistere. Ergotina. Irrig. vag.	

Febbre effimera senza causa ben determinata.

1 6)	II	2	38,3	96	—	—	Emorr. post partum per atonia frenata colle irrigazioni di acqua calda e tamponamento della vagina.
2 7)	I	2	38,5	52	—	—	Eclampsia in soprapparto. Gemelli.
3 8)	I	4	38,4	76	—	—	Un caso di gemelli ed idramnios. - Albuminuria. - Provocazione del parto prematuro.
4 9)	II	7	38,7	48	—	—	
5 0)	II	3	39,3	120	Coprostasi.	Clistere. Olio di ricino.	Emorragia grave post partum trattata colle irrigazioni intrauter. di acqua ghiacciata, percloruro di ferro diluito e col tamponamento.
6 1)	I	3	38,5	96	—	Olio di ricino.	Dopo il parto si dovette distaccare colle mani resti di carion e di decidua iperplastica che erano aderenti. - Polipo mucoso della vagina.
7 2)	II	2	38,5	108	Dolori post partum e colica uterina.	Olio di ricino.	
8 3)	I	6	38,4	76	I genitali illesi.	Irrig. vaginali.	
9 4)	II	2–7	38,4 e 38,5	92 e 92	Dolori post partum Epistassi.	Cataplasmi tiepidi sul ventre.	
0 5)	II	5	38,5	88	Lochi abbondanti.	Irrig. vag.	Bacino ristretto universalmente e non uniforme-

Num. progressivo	Num. dei parti	Giorno del puerperio	Temperatura massima	Polso massimo	Sintomi	Terapia	Osservazioni
11 (36)	II	5	38,5	60	Utero dolente alla pressione. – Lochi mucosi sanguinolenti.	Ergotina.	
12 (37)	I	8	38,6	108	—	Chinino 1 gr.	Forcipe. Emorr. post partum. Piccola lacerazion guarita per prima inten zione. La puerpera pren de del ferro a causa de l'anemia.
13 (38)	II	2	38,6	96	Lochi abbondanti.	Irrig. vaginali. Chinino 1 gr. Clistere.	Estrazione manuale dell placenta per emorragi post partum in seguit ad atonia.
14 (39)	III	10	38,6	72	Emorr. al 10° giorno del puerperio.	Ergotina. Irr. vag.	Gemelli.
15 (40)	III	10	38,9	72	L'utero è floscio.	Ergotina. Irr. vag. coll'acqua calda.	
16 (41)	II	6	38,9	100	Colica uter. (?) dopo un'irrig. vag.	Compresse alla Priesnitz.	A causa dei lochi sangu gni si ordinarono irriga zioni vaginali.
17 (42)	I	9	38,8	96	—	—	Applicazione di forcipe pe debolezza delle contrazio ni e dei battiti fetali per lo scolo di meconio
18 (43)	I	7	39,5	96	Lochi colore ruggine. Non brivido di freddo, non cefalea, nessuna adolorabilità al ventre.	Ergotina. Irr. vag.	Parto gemellare. Sutura d una piccola lacerazion guarita per prima inten zione.
19 (44)	VI	4	40,5	120	Brivido di freddo. - Nessuna lesione dei genitali. — Lochi sanguigni mucosi.	Clistere.	

TABELLA di casi di febbre effimera cagionata da assorbimento del contenuto decomposto del canale genitale.

1 (45)	II	3	38,5	80	Utero floscio e dolente alla pressione. I lochi contengono dei coaguli.	Ergotina.	
2 (46)	II	9	38,3	80	Lochi fetenti, cefalea.	Irrig. vag. 3 volte al giorno.	Parto gemellare. Emorr gia post partum per ate nia frenata colle irriga intrauterine di perclorui di ferro diluito.

Num. progressivo	Num. dei parti	Giorno di puerperio	Temperatura massima	Polso massimo	Sintomi	Terapia	Osservazioni
3 47)	I	8	38,5	96	Brivido di freddo. - Cefalea. Lochi fetenti. L' ostio vulvare è illeso.	Irrig. vag. 4 volte al giorno.	
4 48)	I	4	38,4	124	Cefalea. Lochi abbondanti sanguig.	Ergotina. Irrig. di acqua calda.	
5 49)	I	4	38,5	92	Lochi sanguigni.	Ergotina. Irrig. con acqua calda.	
6 50)	II	3	38,7	100	Brivido di freddo. - Utero floscio, alla compressione scola un secreto lochiale scuro.	Ergotina. Irrig. vaginale col solfato di zinco al 1 per mille di acqua.	Rivolgimento per procidenza del funicolo.
7 51)	II	9	38,8	100	Lochiom. col contenuto purulento.	Ergotina. Irr. vag.	Il ristagno dei lochi si ripete nei 3 giorni successivi senza dare febbre. - Furono fatte irrig. vaginali coll'acqua calda alla quale si aggiunse del tannino.
8 52)	I	3	38,8	104	Leggero brivido di freddo. Lochi fet.	Irr. vag. coll'acqua di cloro diluita.	
9 53)	IV	6	39,0	92	Lochi fetenti scuri.	Irrig. vag. ogni 2 ore. Olio di ricino.	
10 54)	V	3	39,0	92	Brivido di freddo. Lato destro della tuba è dolente. - Lochi sanguig. abbondanti.	Ergotina. Irrig. vaginali. Compresse alla Priesnitz.	
11 55)	I	2	39,1	132	I due lati dell'utero sono dolenti. Lochi sierosi fetenti.	Irrig. vag. ogni ora - Compresse alla Priesnitz. Chinino 1 grm.	Anemia grave in seguito all' emorragia post partum che fu combattuta colle irrig. di acqua calda poi di acqua ghiaccia e percloruro di ferro. Ma soltanto colla compressione bimanuale si riuscì a frenare l' emorr. completamente. Si continuò questo mezzo per 3 ore, quindi si fece il tamponamento della vagina. - Per combattere il grave collasso per anemia che durò 18 ore, si consumarono 40 siringhe di Pravaz per injezioni ipodermiche di tint. di muschio ed etere. Internamente si somministrò vino caldo, acquavite forte e 1/2 bott. di Champagne. La malata guarì perfet-

Num. progressivo	Num. dei parti	Giorno del puerperio	Temperatura massima	Polso massimo	Sintomi	Terapia	Osservazioni
12 (56)	II	9	39,2	120	Utero piccolo non dolente. - Vennero espulsi spontaneamente alcuni grumi ed un pezzo di corion.	Ergotina. Irr. vaginali ogni 2 ore.	
13 (57)	II	2	39,2	112	Lochi abbondanti sanguigni contenenti dei grumi.	Ergotina. Irrig. vanali ogni 2 ore.	A causa dei lochi sang gni si dovette dopo s ministrare di nuovo gotina e fare irrig. ginali di acqua calda
14 (58)	II	3	39,4	104	Utero floscio. Lochi abbondanti sanguigni. Cefalea.	Si levano colle mani i resti dell'uovo. - Irrig. intraut. coll'acqua fenicata al 5 % quindi irrigazioni vaginali. Ergotina.	
15 (59)	I	3	39,4	108	Dolori post partum Cefalea. Lochi abbondanti fetenti.	Ergotina. Irrig. vag. ogni 2 ore.	Forcipe allo stretto i riore. Incisione sutu guarita.
16 (60)	III	5	39,5	100	Cefalea. Lochi abbondanti scuri contenenti stracci di decidua.	Irrig. intraut. Erg.	
17 (61)	I	4	39,5	88	Lochi abb. fetenti.	Irrig. vag. 3 volte. Ergotina.	Forcipe per soprapp languido ed edema perineo. – Lacerazi della vagina suturat guarita per prima in zione.
18 (62)	II	7	39,5	120	Lochi fetenti. Utero dolente alla pressione.	Irrig. vaginali ogni 2 ore.	
19 (63)	II	6	39,5	120	Lochi colore ruggine fetenti. Brivido di freddo per 30 minuti. Cefalea. La donna è molto concitata, suda copiosamente. Ventre tumefatto dolente alla pressiosione. Utero contratto 4 dita al disopra della sinfisi pubica.	Irrig. vaginali ogni 2 ore.	
20 (64)	I	8	39,5	102	Lochi purulenti fetenti. Picc. ferita lineare granulante al piccolo labbro sinistro.	Irrig. vag.	

Num. progressivo	Num. dei parti	Giorno del puerperio	Temperatura massima	Polso massimo	Sintomi	Terapia	Osservazioni
21 (65)	II	4	39,6	112	Brivido di freddo. Lochi abbondanti fetenti.	Irrigazioni vag. coll'acqua di cloro diluita. Chinino un grammo.	Al nono giorno lochiometra senza febbre, combattuta prontamente colle irrig. vag. ed ergotina.
22 (66)	I	8	39,8	80	Orripilazioni. Lochi fetenti.	Irrig. vag. ogni 2 ore. Chinino 1 gr.	Una piccola lacerazione dell'ostio vag. era già guarita. La malata era affetta da tubercol. polmonare.
23 (67)	II	5	39,7	112	Utero al disopra della sinfisi pubica 4 dita trasverse. - Secreto abbondante contenente stracci di decidua. Genitali esterni illesi.	Irrig. intraut. coll'acqua fenicata al 5 per cento.	
24 (68)	I	5	40,2	104	Cefalea. Lochi abbondantissimi contenenti grumi di di sangue.	Ergot. Irrig. vag.	Contemporan.e comparì una piccola ulcera nell'ostio vulvare.

Tabella dei casi di febbre della durata di 2 giorni.

I. — Febbre cagionata da ferite infette dei genitali.

Num. progressivo	Num. dei parti	Giorno del puerperio	Temperatura e Polso	Sintomi	Terapia	Osservazioni
1 (69)	V	3 e 4	37,4 82 38,4 38,3 92 37,2 78 38,4 38,6 88	Brivido di freddo. Utero non dolente. Piccola ulcera nell'ostio vagin. Contemporaneamente ristagno del latte	Ergotina. Emulsione canforata. Irrig. vaginale coll'acqua di cloro.	Bacino universalmente e non uniformemente ristretto. Distacco spontaneo per compressione di tutto il labbro poster. del collo uterino, avanti l'ammissione in clinica. - Perforazione ed estrazione della testa col craniocla-ste. Feto voluminosissimo. - Conjugata vera 8,0-8,5.

Num. progressivo	Num. dei parti	Giorno del puerperio	Temperatura e Polso	Sintomi	Terapia	Osservazioni
2 (70)	I	7 e 8	37,8 84 39,5 39,0 116 38,0 108 38,7 104	Brivido di freddo. - Lochi fetenti. - Ulcera nella laceraz. del perineo non guarita in parte.	Ergotina. Irrigazione vag. ogni 3 ore coll'acqua di cloro. Chinino 1 gr.	
3 (71)	I	5 e 6	39,2 120 40,0 39,2 120 38,5 38,5 82 38,7 38,6 92	Ferita per episiotomia suppurante - Lochi fetenti sang. Espulsione di un grumo grosso come una mela. – Non cefalea, non brividi di freddo. - Ventre non dolente.	Ergotina. Irrigazione vag. ogni 2 ore. Si levano i punti di sutura.	

II. — Febbre per assorbimento di secreti decomposti.

1 (72)	I	9 e 10	37,3 72 38,7 90 38,8 80 38,5 37,3 80	Lochi abbondanti fetenti.	Irrigazione vaginale ogni 2 ore.	Condilomi piatti sull grandi labbra.
2 (73)	?	6 e 7	38,0 88 38,8 38,5 108 39,0 132 38,4 38,9 120	Lochi fetenti.	Nel primo giorno irrig. vag., nel secondo giorno irrigazione intrauter. Ergotina.	Condilomi piatti. Fet putrefatto. – Irriga intrauter. post pa tum a scopo profila tico.
3 (74)	II	4 e 5	39,5 108 39,1 38,4 96 37,0 96 38,4 37,5 80	Lochi sanguigni fetenti – contenenti stracci di decidua. Utero e parametri non dolenti. Leggeri brividi. Genitali esterni illesi.	Nel primo giorno irrig. intrauterine, quindi irrigaz. vaginali 4 volte al giorno. Ergotina.	

TABELLA dei casi di febbre della durata di 3 giorni.

I. — Ferite infette dei genitali.

Num. progressivo	Num. dei parti	Giorno del puerperio	Temperatura e Polso	Sintomi	Terapia	Osservazioni
1 (75)	I	5–7	38,0 100 38,5 100 37,5 100 38,7 108 38,4 100 38,6 38,8 108	La ferita suppura superficialmente. - Lochi abbondantissimi, mucosi.	5) Si levano i punti sutura. - Ergotina. Opio. 6 e 7) Irrigaz. vaginali ogni 2 ore.	Emorragia post partum. Sutura delle incisioni.
2 (76)	IV	2–4	37,4 96 37,7 38,7 80 37,2 96 38,4 38,8 96 37,5 90 38,3 38,5 92	Escoriaz. ed edema delle grandi labbra.	Compresse colla soluzione del Burow.	Placenta previa centrale. Gemelli. Rivolgimento ed estrazione di ambedue i feti. Irrigaz. intrauterina.
3 (77)	I	5–7	37,2 90 38,0 38,5 108 37,3 92 38,0 38,1 100 37,2 92 37,8 38,4 96	Ulcera.	5) Emulsione canforata ed irrigazione vag. ogni 2 ore. 6) Idem. 7) Si cauterrizza l'ulcera colla tintura di jodio.	Lacerazione suturata. Al quarto giorno si levano i punti di sutura e l'ulcera superficiale viene trattata colla emulsione canforata.
4 (78)	I	3–5	37,1 60 38,5 38,4 66 37,6 72 38,1 38,5 66 37,8 66 38,7 38,4 76	3) Ulcera. L'utero si trova una mano trasversa sopra la sinfisi pubica. Lochi sanguigni contenenti grumi. 4) Ragadi.	3) Emulsione canforata. Irrigaz. vag. 5) Chinino 1 gr.	
5 (79)	I	4–6	39,0 76 39,8 38,1 66 37,2 68 38,5 38,6 64	Laceraz. con stratificaz. gialla sul piccolo labbro sin. Nessun brivido. - Ventre tratt. non dolente. Lochi di colore scuro fetenti.	4) Emulsione canforata. Irrigaz. vag. Ergotina.	

Num. progressivo	Num. dei parti	Giorno del puerperio	Temperatura e Polso	Sintomi	Terapia	Osservazioni
			37,9 68 38,7 39,0 60 37,5	6) Cefalea.	6) Clistere.	
6 (80)	IV	1-3	37,6 38,7 38,5 92	1) Escoriazioni nella vagina. Edema dei genitali.	1) Ergotina. – Irrigaz. vag. ogni 2 ore.	Venne ammessa dop 80 ore di soprap parto, con presenta zione trasversa e f sometra. – Bacin nniversalmente ri stretto per scoliosi rachitide. Rivolgi mento. Craniotomi e cefalotripsia dell testa ultima. T. 40,7 P. 148. Brivido d freddo di 30 minut durante il parto. Ir rigazioni intrauter immediatamente a parto coll'acqua d cloro ed acqua feni cata al 5 0/0.
			37,0 78 38,4 39,3 96 39,6 112	2) Leggero brivido. Dietro dolori post part. veng. espulsi coaguli fetenti.	2) Irr. vag. coll'acqua di cloro.	
			37,8 90 38,8 39,2 120 37,5	3) Lochi fetenti saniosi.	3) Ergot. Clistere. Olio di ricino. Irr. vag. permanenti.	
7 (81)	I	8-10	39,0 100 38,5 40,0 112 38,0	Ulcera.	8) Olio di ricino.	Una lacerazione ch fu suturata ma ch non si riunì a caus della necrosi super ficiale per acido fe nico di cattiva qua lità. Al 5° giorno de puerperio dopo ave staccati i punti d sutura si cauterizz colla tint. di jodio.
			37,2 78 39,0 40,4 40,5 100		9) Si cauterizza l'ulcera colla pietra infernale.	
			38,2 90 38,6 38,8 92		10) Chinino 1 gr.	
8 (82)	I	5-7	37,0 100 41,1 40,9 39,8 128 39,0	5) Brivido di freddo di mezz'ora. Ulcera stratific. alla commissura posteriore	L'ulcera vien cauterizzata colla tint. di jodio. Irr. vag. ogni 2 ore.	Lacer. perineale su turata. I punti di su tura si levano al terz giorno.
			38,9 84 39,0 39,4 39,0 100		6) Irrig. vag. permanenti.	
			37,4 75 38,0 38,4 88 38,2		7) Emulsione canforata.	

Num. progressivo	Num. dei parti	Giorno del puerperio	Temperatura e Polso	Sintomi	Terapia	Osservazioni
9 (83)	I	5-7	37,6 96 38,3 104	5) Lochi fetenti.	5) Irrig. vaginali.	Nefrite.
			38,2 102 39,4 38,8 108			
			38,2 92 38,4 38,7 100	7) Piccola lacerazione col fondo coperto da stratificazioni necrotiche.	7) Ulcera cauterizzata colla tintura di jodio.	

Casi di febbre della durata di 3 giorni cagionata da assorbimento di segreti infetti

1 (84)	II	3-5	37,6 96 38,5 37,7 90		3) Irrigaz. vag.	Adenite sifilitica.
			37,2 88 37,5 37,0 86			
			37,6 98 39,6 38,5 110	5) Cefalea, secreto lochiale abbondant. denso, mucoso, mischiato a grumi piccoli. Vagina e genitali est. illesi. Il canale cervicale e l'orificio aperti. Sul punto dell'inserz. della placenta sono aderenti piccoli coaguli fetenti. L'utero è un poco dolente.	5) Irrigaz. intrauteterine di acqua fenicata al 5 % e 4 volte al giorno irrigazioni vag.	
2 (85)	III	4-6	39,4 108 39,4 39,2 120	4) Verso sera senso di freddo e cefalea. Lochi mischiati a coaguli di sangue. - I parametri non sono dolenti.	4) Ergotina. Irrigazioni intraut. coll'acqua fenicata al 5 %.	Bacino non uniformemente ma universalmente ristretto gravemente. Coniugata vera 68-73 mill. Venne in Clinica a collo dilatato ed estra-mediano impegno della testa di un feto morto. - Fu fatta subito la craniotomia ed estr. col cranioclasta. Irrigazioni intrauterine coll'acqua fenicata al 5 per % a scopo profilattico.
			37,1 96 37,6 37,1 78	5) Lochi scarsi.	5° e 6° giorno irrig. vaginali.	
			37,9 74 38,5 38,0 84	6) Lochi nuovam. fetenti.		

Num. progressivo	Num. dei parti	Giorno del puerperio	Temperatura e Polso	Sintomi	Terapia	Osservazioni
3 (86)	III	2-4	37,0 84 38,0 38,3 96	2) Dolori post partum. Lochi fetenti contengono coaguli di sangue.	2) Irrigaz. intraut. coll'acqua fenicata al 5 %. Ergot.	
			37,0 96 38,5 38,5 88	3-4) Lochi fetenti.	3° e 4° giorno: irr. vaginali coll'acqua di cloro.	
			37,0 84 38,8 38,5 92			
4 (87)	I	4-6	39,2 100 40,5 40,8 140 39,7	4) Un brivido di freddo nella notte. Lochi sanguig. contenenti grumi.	4) Si levano dall'utero residui di decidua. Irr. intraut. susseguite da irrigazioni vag. permanenti della durata di 4 ore coll'acqua di cloro.	
			37,3 80 37,3 38,0 38,5			
			37,5 80 37,9 38,0 38,4 96		5° e 6° giorno: Irr. vag. coll'acqua di cloro ed 1 grm. di chinino al giorno.	
5 (88)	II	2-4	37,3 100 39,0 38,0 88	2) La sera un brivido che dura mezz'ora. Non cefalea. Lochi sanguigni. - Genitali est. illesi.	2) Ergotina.	
			37,4 90 37,8 37,8 88	3) Cefalea, ischuria.	3) Pennellaz. colla tint. di jodio esternamente. - Compr. alla Priesnitz sull'ipogastrio.	Parto premat. spontaneo (Questo caso non appartiene forse a questo gruppo) – Venne licenziata presentando un residuo di un essudato duro.
			37,1 86 39,0 39,1 108	4) Scompare l'ischuria. Sul lato sinistro dell'utero dolore alla pressione.		

Casi di febbre della durata di 4 giorni cagionata da ferite infette dei genitali.

1 (89)	I	3-6	37,3 100 37,8 38,6 120	3) Lochi contengono coaguli sanguigni.	3) Ergotina. Clistere. Polvere di Seidliz.	Infezione secondaria dell'endometrio (?)

Num. progressivo	Num. dei parti	Giorno del puerperio	Temperatura e Polso	Sintomi	Terapia	Osservazioni
			39,9 120 38,6 38,2 108	4) Ulcera puerperale con stratificazione gialla.	4) L'ulcera viene cauterizzata colla soluzione satura di permanganato di potassa. Irrig. vaginali ogni 2 ore.	
			37,3 96 38,5 38,7 105			
			38,2 39,3 100 39,5 120 38,6	6) Lochi brunastri fetenti. Utero non dolente.	6) Irr. intrauterine coll'acqua fenicata al 5 %. Chinino 50 centigrm.	
2 0)	I	8-11	37,2 100 38,6 38,6 104	Sulle pieghe vaginali piccole stratificazioni gialle disposte a granuli.	Irrig. vag. coll'acqua fenicata.	Primipara a 37 anni. Forcipe. Un'incisione bilaterale suturata, guarita.
			37,6 108 38,4 39,0 132 38,4			
			37,0 108 38,3 37,7 96			
			37,0 92 37,8 38,6 38,0			
3 1)	II	2-5	37,4 84 38,5 38,6 92	Ulcera stratificata. Lochi abbondanti e fetenti.	2) Ergotina. Irrig. vaginali ogni 2 ore coll'acqua di cloro.	Distacco manuale della placenta aderente un'ora post partum a motivo della forte emorragia.
			38,4 84 38,7 38,4 100 37,8 90 38,2 100			
			37,8 78 38,8 37,6 84		5) Chinino 1 grm.	
4 2)	I	3-6	37,6 72 39,0 39,0 78	3) Ferita stratificata di una lacerazione suturata. - Edema dei genitali. Lochi abbond. mucosi.	3) Irrig. vag. ogni 2 ore.	
			37,6 78 39,0 39,0 98	4) Ragadi dei capezzoli, ristagno del latte.	4) Si levano i punti di sutura.	
			37,0 72 38,5 39,0 108			

Num. progressivo	Num. dei parti	Giorno del puerperio	Temperatura e Polso	Sintomi	Terapia	Osservazioni
			37,0 72 38,2 38,5 88	6) L'ulcera si spoglia.		
5 (93)	I	4-7	38,1 90 38,9 39,1 104 38,1 72 38,7 39,2 38,5 84 37,8 72 38,7 39,0 84 38,7 78	4) Ferita coperta da stratificaz. e non guarita. Incisioni. Non cefalea. Utero contratto bene, 4 dita al disopra della sinfisi pubica. Ventre non dolente. Lochi abbondanti scuri.	4) Ergotina. Irrigazioni vaginali.	Forcipe. Episiotomia bilaterale.
			37,3 78 37,8 39,0 37,8 88	7) L'ulcera si spoglia.	7) 1 grm. chinino.	
6 (94)	I	7-10	39,0 144 39,8 132	Ventre trattabile molle. Utero 4 dita trasverse sopra la sinfisi. Alla commissura posteriore un'ulcera con stratificazione gialla.		
			39,5 150 40,2 38,2 120	8) Lingua secca con pattina bianca, 3 scariche alvine liquide. - Stratificazioni gialle sul collo e sulle lacerazioni superfic. dell'ostio vaginale.	8) Dopo energica cauterizzazione dell'ulcera stratificata colla tint. di jodio ed irrig. vag. copiose coll'acqua fenicata al 5 $^0/_0$, si fanno irrig. intrauterine colla medesima soluzione.	
			38,1 106 38,1 38,0 106 37,8 80 38,6 38,2 96	9) 5 scariche alvine liquide.	9) Erg. irrig. vaginali ogni 2 ore.	

Casi di febbre di maggiore durata.

Num. progressivo	Num. dei parti	Giorno del puerperio	Temperatura e Polso	Sintomi	Terapia	Osservazioni
1 (95)	I	3-10	37,5 76 37,0 40,0 40,5 106 38,3 108 37,9 37,6 84 37,6 108 39,0 38,2 38,5 110 37,5 88 38,5 38,5 44 37,2 72 37,2 76 37,2 66 39,0 38,6 120 37,0 96 37,3 37,3 76 36,5 72 37,5 38,7 132	3) Ferita per incisione non guarita. Edema dei genitali. Lochi sanguigni. - Di tanto in tanto dolori alla cresta iliaca sinistra. — Ventre trattabile non dolente. Non cefalea. 8) 9) e 10) 1 gr. di chinino al giorno.	Si levano i punti di sutura. Irrig. vag. Compr. alla Priesnitz.	Bacino universalm. ristretto. Periodo di espulsione lungo — malgrado i dolori intensi dura 6 ore.
2 (96)	I	6-11	37,0 104 37,2 39,1 120 37,8 114 38,5 38,8 114 37,7 104 38,4 38,6 132 37,6 96 38,2 39,7 102 38,2 104 38,5 38,1 102 37,1 90 37,6 38,6 102	7) Ulcera con stratificazione grigia.	6) Irrig. vag. 4 volte al giorno. 7) Chinino 1 gr. 8) Irrig. vag. ogni 2 ore. 10) Emulsione canforata sulla ferita. Chinino 1 gr.	La puerpera aveva contemporaneamente ragadi al capezzolo.

Num. progressivo	Num dei parti	Giorno del puerperio	Temperatura e Polso	Sintomi	Terapia	Osservazioni
3 (97)	I	3-10	38,0 98 39,0 100	3) Lingua coperta. Lochi abbondanti fetenti.	3) Irrig. vaginale 4 volte al giorno. -- Olio di ricino.	
			38,3 80 38,7 38,5 88	4) Piccola ulcera alla commissura posteriore. Lochi colore ruggine mischiati a coaguli di sangue.	4) Erg. Chinino 50 centigr.	
			38,1 88 38,5 38,7 80	5) Bronchite.		
			37,6 84 38,4 38,6 90			
			37,5 84 39,5 39,6 39,1 96		7, 8, 9 e 10 giorno. Chinino 1 grm. al giorno.	
			38,1 90 38,5 38,1 81			
			37,4 84 37,7 38,1 82	9) Lochi densi contenenti particelle di decidua.	9) Ergotina.	
			37,7 84 38,4 39,1 100	10) Lochi purulenti.		
4 (98)	II	3-11	37,5 68 39,5 39,0 80	3) Lacerazione che suppura.	3) Irrig. vag.	3) Ulcera puerperale Endometrite (?)
			38,6 76 38,6 76			
			38,2 90 38,2 38,0 80	5) Dolori forti alla pressione sui 2 lati dell'utero.		
			38,3 84 38,4 39,0 84		6) Chinino 50 cent. 100 grm. di rhum al giorno.*	* Questo medicamento non deve essere considerato particolarmente, poichè lo si impiega in tutte le malate indistintamente che hanno febbre alta.
			38,5 84 39,6 40,0 39,7 38,5 88		7) Chinino 50 centigrammi.	

Num. progr.	Num. dei parti	Giorno del puerperio	Temperatura e Polso	Sintomi	Terapia	Osservazioni
			38,2 78 38,4 38,7 92	8) Coi lochi vengono espulsi coaguli di sangue e particelle di decidua.	8) Irrigaz. intrauterine colla soluzione fenicata a 5 %, dopo di avere disinfettata la vagina colla soluzione di permanganato di potassa. Ergot.	
			38,4 82 39,7 39,5 88		9) Ergot. Irr. vag. coll'acqua di cloro.	
			38,2 100 38,5 37,0 80		10) Chinino 50 cent. 2 volte al giorno. 11) Chinino gr. 1.	
5 99)	I	4-10	37,6 78 38,4 38,6 78	4) Utero 4 dita trasverse sopra la sinfisi, non dolente alla pressione.	4) Irrig. vag. Chinino 1 grm.	Febbre per assorbimento. Endometrite (?). Nella gravidanza vi era albuminuria. - Anasarca estesa delle pareti addominali e delle grandi labbra. Queste furono punte diverse volte, durante la gravidanza. - La puerpera fu congedata guarita dall'albuminuria e dall'edema.
			37,6 96 38,5 38,3 72	5) Lochi fetenti, mescolati a grumi sanguigni. L'edema dei genitali diminuisce.	5) Ergotina.	
			37,6 84 38,4 38,5 78	6) 4 scariche alvine liquide.		
			38,1 80 38,2 38,5 78	7) Lochi fetenti sanguigni.		
			38,1 80 38,2 38,2 80	8) Utero un poco dolente. Lochi abbondanti scuri.		
			37,7 108 38,4 38,4 81			
			37,6 72 38,2 38,4 72			
6 100)	VI	9-13	39,0 116 39,2 39,8 128	Lingua secca, cefalea. Utero piccolo ma floscio, non dolente; anche i parametri non sono dolenti alla pressione. – Lochi abbondanti, densi, di colore scuro.	9) Ergotina.	Fino dal 6° giorno del puerperio ha avuto lochi sanguigni abbondanti e fu trattato coll'ergot. ed irrigaz. di acqua calda.
			39,6 114 40,0 39,3 120		10) Ergotina. Irrig. ogni 3 ore, 1 volta al giorno irrig. in vagina con acqua calda a 40° R. Chinino gr. 1.	

Num. progressivo	Num. dei parti	Giorno del puerperio	Temperatura e Polso	Sintomi	Terapia	Osservazioni
7 (101)	II	4-9	38,0 96 38,5 38,5 100 37,0 84 37,0 38,2 108 38,0 102 39,0 38,3 88		11, 12 e 13 medesimo trattamento.	Più tardi furono adoperati mezzi astringenti. La puerpera fu licenziata al 17° giorno. Vaginite granulosa. Genit. est. illesi.
			37,4 90 38,5 100 37,4 96 38,5 38,8 100	4) Dolori post partum, espulsione di particelle di decidua. - Il margine superiore della sinfisi pubica è dolente alla pressione, come ai movimenti della coscia destra.	4) Compresse tiepide. Irrig. vagin. 3 volte al giorno. Medesime ordinaz.	All' 11° giorno l'addolorabilità sulla sinfisi scomparve affatto ed al 14° giorno la puerpera fu licenziata in perfetta salute. Diagnosi: febbre per assorbimento, artrite (?) delle sinfisi del pube.
			37,6 96 37,8 38,0 120 37,8 100 38,2 120	6) Continua il dolore alla sinfisi. Le piccole labbra sono edematose. Parete anteriore della vagina è illesa. Alla pressione è molto dolente la regione pubica.	8) Dopo vuotato l'utero si fanno irrig. intraut. coll'acqua fenicata al 5 %. - Ergotina. Chinino 1 grm.	
			37,2 100 38,0 39,0 120 37,6 116 39,6 140	8) Lochi sanguigni. Lochiometra - il contenuto è fetente. Utero floscio. Vengono levati resti di decidua e coaguli sanguigni.	9) Ergotina. Irrigazioni vag. ogni 2 ore. Chinino 1 gr.	
8 (102)	I	8-15	38,5 108 39,0 120 38,2 116 39,5 39,5 116	8) Ulcera al perineo coperta da stratificazioni grigie. Lochi fetenti, cefalea.	8) Si cauterizza l'ulcera colla tintura di jodio. Emulsione canforata. Irrigazioni vag.	Una piccola lacerazione del perineo suturata non si è riunita. I punti di sutura furono levati al 5° giorno, poi si fece una cauterizzazione colla tint. di jodio.

Num. progressivo	Num. dei parti	Giorno del puerperio	Temperatura e Polso	Sintomi	Terapia	Osservazioni
			39,3 120 40,1 39,7 128	10) Lochi fetenti. - Ventre meteorizzato. Utero dolente alla pressione cefalea. Verso sera brivido di freddo.	10) La mattina: si cauterizza l'ulcera col permanganato di potassa e quindi si fanno irrig. intrauterine con acqua di cloro. - La sera: irrigaz. vag. permanenti per 2 ore e mezza.	Al 22° giorno si constata un essudato, grosso come una mela, nel parametrio. — Si fecero pennellazioni interne ed esterne colla tintura di jodio, ed al 36° giorno la puerpera fu licenziata perfettamente guarita.
			38,3 104 39,8 38,5 116	11) Ulcera stratificata gialla grigia. Dall'utero dolente si vuota un secreto acquoso fetente.	11) Irrig. vag. permanenti la mattina dalle 10-12 e dalle 4-6 pom.	
			38,2 120 38,7 39,5 120 38,5	12) L'ulcera si spoglia. L'utero ed i parametri sono dolenti.	11) Irrig. vag. permanenti dalle 10 alle 12.	
			37,7 108 37,0 38,0 92			
			37,5 108 37,7 38,7 92			
			37,7 106 37,7 38,4 108			
9 (103)	I	1-7	38,6 39,2 60 38,8 39,0 72	Utero voluminosissimo, 8 dita trasverse sopra la sinfisi.	Irrigaz. vagin. una volta coll'acqua fenicata al 5 %. Ergotina.	Lacerazione del perineo non suturata a motivo della blenorrea infettiva e condilomi acuminati.
			39,2 39,3 84 38,7 39,5 96 40,4	Ha riposato bene, euforia subiettiva.	Chinino 1 gr. Ergotina.	
			39,7 39,5 92 39,8	Utero dolente alla pressione, leggera cefalea. – Lingua umida pulita.	1 vescica di ghiaccio sul ventre. La lacerazione si cauterizza col cloruro zinco al 10 %.	

Num. progressivo	Num. dei parti	Giorno del puerperio	Temperatura e Polso	Sintomi	Terapia	Osservazioni
			Ore 2 1/2; 37,0 72 5 ; 36,7 7 1/2; 39,8 9 ; 39,6 11 ; 37,5	12 merid.: rumori per chinino, genitali molto edematosi. La lacerazione è coperta dall'escara da cauterizzazione.	Chinino 1 gr., malgrado questo la T. cresce. Dalle 12 1/2 fino alle 4 irrigazioni vag. permanenti coll' acqua fen. al 1 0/0. - Alle 7 1/4 legg. brivido.	
			Ore 7 ; 38,2 9 1/2; 39,6 108 12 1/4; 39,2 90 3 ; 39,2 5 ; 37,5 82 7 ; 37;0 72 10 ; 38,2	Nella notte ha vomitato una volta, forte meteorismo. Utero 8 dita trasverse sopra la sinfisi, non è dolente al tatto. - Lingua umida pulita. Forti rumori nelle orecchie. Ottusità splenica non aumentata. La malata si lagna di un dolore alla regione posteriore del torace sinistro. Esame negativo alla percussione ed ascoltaz. Appetito buono. - Genitali edematosi. Lochi abbondanti di colore scuro. La escara è sempre attaccata.	Dalle 8 alle 10 irrigazioni vag. permanenti. Da mezzogiorno alle 7 1/4 pom. irrigazioni vag. permanenti.	
			Ore 6 ; 37,0 10 ; 37,4 72 1 ; 38,0 5 ; 38,2 90	Ha dormito bene. L'ulcera si spoglia. Lochi scarsi mucosi.	Irrig. vag. ogni tre ore. L'ulcera si copre con ovatta bagnata in una soluzione di solfato di zinco a 5 0/0.	
			37,1 72 37,6 38,1 78	Lochi abbondanti.		Al 9° giorno la ferita si cicatrizzò. Al 14° giorno si trasferì la donna allo spedale perfettamente ristabilita, presentando sempre i condilomi acuminati.
			37,2 72 37,6 39,1 108 37,8	Diarrea forte, colica. Meteorismo. I genitali sono di buon aspetto.	Compresse calde sul ventre. Oppio.	
10 (102)	I	1-8	37,8 38,1 38,6 90	Lochi abbondanti, sang. Ischuria.	1) Ergotina.	Bacino rachitico, universalmente ristretto, imbutiforme.

Num. progressivo	Num. dei parti	Giorno del puerperio	Temperatura e Polso	Sintomi	Terapia	Osservazioni
			38,4 96 39,4 38,7 90		2) Ergotina, irrig. vagin. permanenti per 2 ore con acqua di cloro diluita.	Forcipe. Lacerazioni profonde della parete vaginale destra. Suturazione della medesima.
			38,3 80 39,1 38,4 108		3) Irrig. vag. permanenti per 2 ore. Si levano i punti di sutura. La ferita è ulcerata e porta in una cavità, fra la vagina e l'ischio che va in basso. La sera irrigazioni vagin. permanenti per due ore senza nessun vantaggio.	
			38,1 92 39,3 39,8 72	4) L'utero si trova 4 dita trasverse sopra la sinfisi pubica ed è dolente alla pressione.		
			38,7 92 39,3 40,3 39,7 120	Ha avuto nella notte dolore di testa. Alle 3 $^1/_2$ pom. un brivido di freddo.	5) Ergot. Chinino 1 grm.	
			38,4 108 38,7 39,2 116	Utero dolente alla pressione, si trova a sinistra.	Irrigaz. vag. ogni 2 ore. Ergot. 1 grm. chinino.	
			38,1 96 38,7 39,3 112	Evacuazioni diarroiche 3 volte. Utero non dolente. L'iscuria cessata.		
			38,1 96 38,6 39,0 100	Ventre meteorizzato	Chinino 1 grm., incisione della pelle fra il gran labbro destro e la tuberosità ischiatica, si vuota l'ascesso perivaginale e si introduce un tubo a drenaggio nella ferita dell'oncotomia.	Di qui innanzi decorso afebbrile. Al 18° giorno cicatrizzazione completa della parete vaginale dopo che il seno fistoloso est. era già chiuso al 14° giorno. - Licenziata al 21° giorno.
11 (105)	I	1-14	37,4 39,3 39,5 108		1 vescica di ghiaccio sul ventre.	Ammessa 40 ore dopo la rottura dell'amnios. Presentazione della spalla destra, dorso indietro. Collo non disteso. Retrazione tetanica del corpo uterino sopra il feto morto.

Num. progressivo	Num. dei parti	Giorno del puerperio	Temperatura e Polso	Sintomi	Terapia	Osservazioni
			39,6 108 40,1 40,4 40,0 96	Non cefalea. Al lato destro dell' utero dolore spontaneo che aumenta alla pressione. - Lochi scarsi, sanguigni.	Morfina. Ergot. Irrigazioni vag. ogni 2 ore.	Rivolgimento difficile senza ledere la madre. Subito irrigazioni intrauter. coll' acqua fenicata al 5 %.
			38,7 102 39,2 39,4 120 R. 30	Utero contratto, sopra la sinfisi pubica una mano trasversa. Lochi scarsi sanguigni. Ventre dolente all' ipogastrio. Nella notte frequenti orripilazioni. Adolorabilità grande del ventre. Meteorismo. - La pennellatura coll' jodoformio e collodione cagiona dolori sì forti da dovere fare un' injezione ipodermica di morfina. La temperat. scende però nel corso di 2 ore da 40°,6 a 37°,2 C. per aumentare dopo di nuovo.	1 vescica di ghiaccio.	
			Si sono perduti gli appunti delle temperat.		Il ventre viene coperto da uno strato grosso di collodione e jodoformio.	
			38,4 104 40,0 39,0 38,8	L' ipogastrio è piano, dolente un poco a sinistra presso l'utero.	Dalle 4 alle 6 3/4 p. si fanno irrig. vaginali permanenti. Olio di ricino.	
			37,8 90 38,7 39,2 39,0	7 scariche alvine liquide. Ventre trattabile, non meteorizzato non dolente.	Chinino 1 gr.	
			37,5 90 38,4 39,2 39,4 96	Dopo andato via lo strato di jodoformio e collodione rimane una dermatite da ustione con formazione di vescicule. - Tosse, punture alla parte destra del torace. Infarto e pleurite al polmone destro.	L'ustione vien trattata coll'olio di lino ed acqua di calce. Infuso d'ipecacuana.	

Num. progressivo	Num. dei parti	Giorno del puerperio	Temperatura e Polso	Sintomi	Terapia	Osservazioni
			37,8 105 R. 38 38,7 38,3 90 R. 28 38,6	La mammella sinistra edematosa e dolente.	Sulla mammella si fanno applic. pezzette bagnate nell'acqua di Goulard.	
			37,7 90 R. 26 38,5 38,7 38,3 96	La mammella non è più gonfia nè dolente. La piaga per ustione suppura.		
			37,5 80 37,8 38,4 38,0 82			
			37,3 66 37,7 38,4 38,2 87		L'impiagamento per ustione viene trattato colla soluzione saturnina. Per l'insonnia si dà cloralio.	
			37,3 66 37,7 38,2 84 38,1	La piaga per ustione comincia a cicatrizzare.	Il ventre si unge con una pomata al zinco.	
			37,2 72 37,6 38,4 38,7 84			
			37,6 66 38,7 39,1 84 38,4	Lochi fetenti, bianchi.	Chinino ctmgr. 50.	Di qui innanzi stato apirettico. Fu congedata il 25° giorno guarita dall'impiagamento per ustione e dall'essudato pleurale, presentando un cordone cicatriziale al parametrio che fissava il collo dell'utero alla parete sinistra del bacino.
12 106)	I	1-23 Dal 36° al 42° giorno	38,6 38,8 124	Dal 1° al 3° giorno iscuria del resto appar. stato norm.		Piccola laceraz. del perineo suturata. La malata è molto anemica e di costituzione molto debole.
			37,5 104 38,0 38,2 96			
			37,4 100 38,0 38,0 96			

Num. progressivo	Num. dei parti	Giorno del puerperio	Temperatura e Polso	Sintomi	Terapia	Osservazioni
			37,4 96 37,6 37,8 104			
			37,2 96 37,4 37,4 90	Ostinata stitichezza.	Clistere.	
			37,6 100 38,2 38,8 100	La ferita del perineo convertita in una ulcera coperta da uno strato giallo dopo levati i punti di sutura.	Olio di ricino. Irrigazioni vaginali 4 volte al giorno.	
			37,3 90 38,5 38,6 100			
			37,2 72 37,6 38,7 112			
			37,5 92 37,7 38,6 94	Dolori alla regione surale ed incipiente gonfiore.		
			Fino al 23° giorno la T. si mantiene nello stesso modo; la mattina e nella giorn. perfett. normale, la sera subfebbrile. Dal 24° al 35° giorno perfettamente afebbrile. Dal 36° al 42° giorno recidiva.	Lo sviluppo della flegmasia alba dolens progredisce lentamente e dal 31° giorno in poi scomparisce colla medesima lentezza.	Inviluppi con tela bagnata nell'acqua di Gaulard, più tardi compresse colla soluzione del Burow.	
			37,1 84 37,9 38,4 96	Gonfiore della regione surale destra.	Chinino 60 centigr.	
			37,5 96 38,2 38,4 96		Chinino 80 centigr.	
			37,6 96 38,5 39,1 100			

Num. progressivo	Num. dei parti	Giorno del puerperio	Temperatura e Polso	Sintomi	Terapia	Osservazioni
			37,3 102 38,8 39,2 120			
			37,7 108 38,7 39,2 108			
			38,1 108 38,8 39,5 120			
			36,2 112 39,1 39,6 120	Brivido di freddo della durata di 5 minuti.		
			Di qui innanzi stato afebbrile.	Il gonfiore della gamba destra diminuisce gradatamente.		Licenz. al 63° giorno perfettamente ristabilita.
13 (107)	V	3-14	37,6 108 38,4 39,2 108	Adolorabilità del ventre da 2 giorni. Tendenza al vomito. Addome meteorizzato. Iscuria. Genitali esterni normali. Lochi fetenti.	Morfina. Clistere. - Irrig. vaginali coll'acqua di cloro.	Fu portata in Clinica 31 ore dopo la rottura del sacco ed a collo molto disteso, dilatazione completa dell'orificio. Grande idrocefalo. Perforazione ed estrazione col cranioclasta. - Fuori dello stabilimento fu inutilmente tentata l'applicazione del forcipe.
			37,7 38,6 38,8			
				3) Alle 5 pom. un brivido di freddo per 1/2 ora. Utero spostato a sinistra. Non cefalea.		
			38,1 105 38,7 39,0 112	Adolorabilità dell'addome diminuita. Meteorismo di grado leggero.	Chinino 1 gr.	Collo intatto. Dopo il parto irrig. intrauterine colla soluzione fenicata al 5 %.
			38,0 94 39,2 38,9 112		Chinino 1 gr.	
			37,4 92 38,3 38,6 100			
			38,1 100 39,2 39,2 100	Utero, 4 dita trasverse sopra la sinfisi, non dolente.		
			38,0 88 39,5 38,6 104	Brivido di freddo.		
			38,2 90 38,8 38,7 100			

Num. progressivo	Num. dei parti	Giorno del puerperio	Temperatura e Polso	Sintomi	Terapia	Osservazioni
			37,4 88 38,2 39,3 88			
			38,0 90 38,7 39,1 40,2 100	Parulide al mascellare sup. sinistro. La sera dalle 7 $^1/_2$ alle 8 un brivido di freddo.		
			38,0 90 37,9 38,7 80			
			38,4 86 38,6 38,6 84			
			37,8	Ventre non meteorizzato, non dolente. Utero piccolo; nel parametrio destro un essudato duro.		La malata, dietro il desiderio di suo marito, viene trasferita alla propria abitazione dove continuai a curarla. I brividi di freddo si sono ripetuti 2 volte, però senza conseguenze dimostrabili (Infarti di latte?) Entro tre settimane l'essudato si è riassorbito completam. e la malata guarì perfettamente.
14 (108)	III	1-30 39 e 40	38,4 112 37,7 37,5 100	Forte cefalea.		Ha partorito spontaneamente e presto un bambino piccolo (lungo 47 ctm., peso gr. 2610). Nessuna lesione dei genitali. Non fu esaminata affatto nello Stabilimento, essendo stata ammessa nella Clinica pochissimo tempo avanti il disimpegno della testa. Al contrario, fuori dello Stabilimento fu assistita dalla medesima levatrice che assistette negli altri 2 casi più sotto riferiti.
			37,0 100 37,6 38,5 86 37,7	Non cefalea.		
			37,5 80 38.3 37,8 92	Non cefalea.		
			37,5 86 38,5 39,2 39,7 114 39,4	Ragadi al capezzolo sinistro. - Cefalea. Stitichezza.	Compresse sul capezzolo con glicerina e tannino. Chinino 1 gr.	

Num. progressivo	Num. dei parti	Giorno del puerperio	Temperatura e Polso	Sintomi	Terapia	Osservazioni
			38,4 100 39,1 39,4 120 38,0 39,7	Si constata una vaginite settica, cioè: tutta la mucosa intatta si presenta secca, gialla, come coperta da un'escara difterica.	La mattina 1 grm. chinino. Irrig. vag. permanenti dalle 5 1/2 alle 7 1/2 p. Cauterizzaz. con permanganato di potassa.	
			38.8 88 38,3 39,7 39,5 96		Irrig. vag. permanenti ripetute oggi per 4 ore senza influenza sulla febbre.	
			38,0 90 39,0 39,5 38,5		La mattina 1 grm. chinino. La sera 1 gr. chinino.	
			38,2 84 39,5 39,8 39,5 39,9 88 40,2			
			38,8 96 39,0 40,5 90 39,4	A sinistra al disopra della spina della scapola un ascesso grande quanto un uovo di piccione.		
		10-21	38,8 96 39,5 40,0 39,8 39,4		Squarcio dell'ascesso e medicatura alla Lister. Conteneva pus denso giallo, non decomposto.	
			39,7 96 37,8 37,0 37,4 40,2 112 37,8	Sulla faccia anter. della spalla destra un ascesso profondo grande quanto una noce. Brivido di freddo.	Compresse fredde sulla spalla destra. Non noto i cambi della medicatura, poichè gli ascessi guarirono in brevissimo tempo. – Irrig. vag. permanenti.	
			37,8 78 38,4 39,2 39.5 87	Nel mezzo sulla linea alba fra la sinfisi e l'ombelico un ascesso grande come una noce.	Tutta la vagina si cauterizza colla tintura di jodio.	

Num. progressivo	Num. dei parti	Giorno del puerperio	Temperatura e Polso	Sintomi	Terapia	Osservazioni
			38,6 90 39,6 38,8 38,5 96	Non cefalea.	Injez. fredde. Irrig. vag. coll' acqua di cloro. Chinino 1 gr.	
			37.8 84 38,0 37,4 37,6 38,0 78			
			37,9 92 38,7 39,0 38,8 96			
			37,4 96 38,0 38,4 102		Chinino 1 gr. Squarcio dell'ascesso della par. add.	
			37,8 96 38,3 38,5 38,8 102			
			38,0 96 38,3 38,5 38,8 100			
			37,6 100 38,4 38,6 38,0 120 38,0		Chinino 1 gr.	
			37,8 100 38,6 38,8 39,0 120	Brivido di freddo. Ascesso profondo nel triangolo del Mohrenheim, sotto la clavicola destra.	Chinino 1 gr.	
			38,0 38,7 39,0 39,5			
		22-30	La mattina T. normale, la sera mediocre febbre, mass. della T. 39,4.	Lo strato giallo della vagina sparisce gradatamente.	Squarcio dell'ascesso della fossetta del Marenheim il 23° giorno.	
		31	37,7 38,8 38,5 100	Un infiltram. flemmonoso duro nell'ascella destra esteso fino alla parete toracica laterale.		

Num. dei parti	Giorno del puerperio	Temperatura e Polso	Sintomi	Terapia	Osservazioni
	32	37,2 38,0 37,5 100			
	33	37,2 108 38,0 39,5 92			
	34	37,5 112 37,8 37,8 92		Squarciamento dell'ascesso grande dell'ascella.	
	35-38	La mattina T. normale, la sera subfebbrile. Massima Temp. 38,4.			
	39	37,3 102 37,5 38,0 40,0 120	Brivido di freddo di mezz'ora.		
	40	38,0 102 38,2 38,4 116	Utero ben involuto. Vagina norm., parametri liberi.		Tutti gli ascessi sono guariti. La malata convalescente viene trasferita allo Spedale, ivi comparvero nuovi ascessi, cosichè la guarigione definitiva si prolungò molto.
	41-44	Libera da febbre.			
	45	37,0 120 37,2 38,5 120			
	46-55	Libera da febbre.			
I	1-25	37,7 60 38,8 38,3 39,3 38,8 68	Lacerazione al piccolo labbro sinistro coperta da una stratificaz. giallachiara, disgraziatamente non esaminata (Mescol. colle acque amniotiche?) Anche la superficie interna del piccolo labbro è imbevuta di questa, cosicchè non può essere tolta dalla corrente del liquido. Il secreto lochiale è di colore lurido. Evacuazioni diarroiche.	Si fa perciò un'irrigazione intrauterina con acqua di cloro concentrata. Ergotina.	Ha partorito spontamente e facilmente un feto piccolo (l. 49,4 ctm.; p. 2300 gr.) - Durata intera del parto dal principio dei primi dolori 15 ore. Dodici ore dopo il parto si osserva una singolare esaltazione psichica ed inquietudine accanto a febbre leggera. Tre giorni avanti il parto ha sofferto di cefalea.

Num. progressivo	Num. dei parti	Giorno del puerperio	Temperatura e Polso	Sintomi	Terapia	Osservazioni
			38,0 100 39,1 37,8 37,9 120 37,8 38,0 38,4	Dalle 3 1/2 alle 3 3/4 antim. brivido di freddo. Ventre gonfio, dolente.	L'utero viene irrigato coll'acqua di cloro ed un'irrigazione permanente per 2 ore e mezza. Vescica di ghiaccio sul ventre. Chinino 1 gr.	
			37,8 136 R. 82 41,0 38,4 92 38,0 38,0 40,8	Brivido di freddo. Brivido di freddo.	Chinino 1 gr.	
			38,4 96 R. 27 37,8 37,5 37,8 82 39,0 38,7	Orripelazioni. Lingua umida, toni cardiaci netti. Orripelazioni.	Compresse calde sul ventre. Chinino 1 gr.	
			37,4 84 37,4 38,4 40,0 39,5 120 38,0	Leggero meteorismo. – Ipogastrio destro dolente. Lochi mucosi chiari.		
			39,0 102 37,6 38,0 100 39,0		Inviluppi freddi sul ventre. Chinino 1 gr. Chinino 1 gr.	
			38,5 96 R. 24 38,4 38,2 38,0 112	Lingua secca, coperta. Edema dei genitali più forte. Piccola ulcera coperta da strato giallo.	Oppio. Chinino 1 gr.	
			38,0 96 R. 24 39,0 40,0 112 39,4 39,0	La diarrea è cessata.	Chinino 50 centigr. Polvere del Dower.	
			38,8 100 R. 22 37,7 37,5 38,0 39,8 108	Itterizia. Sudori copiosi. Meteorismo cresciuto. Essudato evidente.	Chinino 1 gr.	

Num. progressivo	Num. dei parti	Giorno del puerperio	Temperatura e Polso	Sintomi	Terapia	Osservazioni
			38,1 96 38,5 39,9 38,8 88 38,2	Orripelazioni ripet. La stratificaz. gialla è sparita. Utero dolente. Nella notte brivido di freddo. Lingua umida coperta. Meteorismo. Alla pressione si vuota dall'utero un secreto fetente.	Irrig. vaginali ogni 2 ore.	
			40,5 108 38,2 37,3 39,3 116 38,4		Ergot. Irrig. vagin. perman. della durata di 2 ore.	
			37,7 80 38,0 38,9 40,9 100 38,5 39,0	Meteorismo. Secrezione lochiale abbondante. Brivido di freddo.	Ergot. Irrig. vaginali ogni ora.	
			38,0 80 37,6 38,1 38,6 100 38,2	Lochi abbondanti, purulenti.	Irrig. vaginali ogni ora.	
			37,9 38,0 92 38,0 39,0 96 38,5		Irrigaz. permanenti della durata di 2 ore e mezza. Chinino 1 gr.	
			38,0 80 39,0 38,4 39,6 96			
			38,0 100 38,0 37,8 38,0 84	Evacuazioni diarroiche frequenti.	Irrig. perman. per 2 ore. - Chinino 1 grammo.	
			37,4 84 39,2 38,0 72 37,3		Chinino 1 gr. Chinino 1 gr.	
			37,2 104 40,2 39,6 37,8 100 37,6	Brivido di freddo.		

Num. progressivo	Num. dei parti	Giorno del puerperio	Temperatura e Polso	Sintomi	Terapia	Osservazioni
			37,8 126 R. 32 39,8 38,2 38,0 38,5 108 37,7	Dispnea. Dolori forti al ventre. Brivido di freddo. Esudato pleuritico.		
			38,4 38,7 108 R. 26 39,4 39,0 39,2 39,0	Nella notte brivido di freddo. Edema ai maleoli. Non albuminuria. - Diarrea.	Polvere del Dower.	
			37,7 96 R. 22 37,5 38,0 38,2 96	Lingua umida, poco coperta. – Ventre teso.		
			37,2 100 R. 26 37,4 37,6 100 38,8 39,0 144			
			37,3 37,0 108 R. 24 37,5 38,0 38,7 38,2 114	Progredisce la debolezza. – Tosse - Dispnea. Diarrea. L' essudato perit. aumenta molto.		All'autopsia si trova utero ben involuto strie linfatiche ne tessuto connettiv paracervicale. Peri tonite. Pleurite bila terale. Tumore sple nico acuto. Oblite razione della ven spermatica e renal destra e della cav inferiore.
			37,5 120 R. 38 37,9 38,2 40,2 120 39,7	Lingua secca, coperta da pattina scura. Vomiti diverse volte. Brivido di freddo.		
			47,3 120 †	Collasso, intensi dolori al ventre.		
16 (110)	I	1-6	37,2 37,1 38,7	Nella notte dolori forti al ventre. Lochi abbond. sanguigni.	Ergot. - Compresse tiepide. Acido cloridrico.	Fuori dello Stabili mento è stata vis tata diverse volt dalla levatrice. N tempo che la donn era in carrozza p recarsi allo Stabil mento vi sono sta dolori con premi che inducevano levatrice a ripete diverse volte il r scontro per verific
			38.5 108 38,7 40,0 116			
			39,8 40,0 38.9 38,2	Lochi abbondanti. - Ventre meteorizzato dolente.	Irrig. intraut. permanenti.	
			39,0 112 39,8 39,3 39,3 100 R. 36 39,2	Lingua coperta. Colla percussione si rileva chiaramente l'esistenza di un essudato nel cavo peritoneale	Irrig. intraut. permanenti per 8 ore. Chinino 2 gr.	

Num. progressivo	Num. dei parti	Giorno dal puerperio	Temperatura e Polso	Sintomi	Terapia	Osservazioni
			39,2 116 R. 38 39,5 40,0 40,0 128 39,8 39,1	Polso irregolare. - Singhiozzo. - Lingua secca, coperta da pattina brunastra. Collasso.	Olio di trementina per clistere. Etere.	parto. Dopo pochi minuti al suo arrivo in Clinica la donna partorì spontaneamente senza riportare lesioni ai genit. Autopsia: endocolpite endometrite settica. Peritonite diffusa.
			39,0 120 R. 54 38,8 †			
7 11)	II	1-2	37,7 132 R. 24 37,8 144 38,4 39,2 38,8	Dolori intensi al ventre. Polso straordinariament. piccolo.		Taglio cesareo col metodo antico.
			39,1 132 38,0 38,5 144 38,8 39,0 39,4 40,2 †	Polso appena percettibile.		Autopsia: Infezione settica acuta. Peritonite.
8 12)	VI	1-5 3 p. 6 a. 8 a. 11 a. 4 p. 9 p.	38,5 140 R. 54 38,0 144 R. 30 37,4 126 R. 17 37,4 116 R. 20 37,7 123 R. 19	Dol. int. al ventre. 2 volte di seguito vomiti. Forte meteorismo. Stillicidio di sangue dal tubo di drenaggio. Tendenza al vomito. - Sete inestinguibile. - Respiro lento un po' forzato.	Vescica di ghiaccio sul ventre. Irrig. vaginali coll'acqua di cloro. Morfina. Goccie di oppio su pillole di ghiaccio.	Ammessa in Clinica con rottura spontanea dell' utero con presentazione della spalla profondamente impegnata. - Febbre e collasso. P. 140, R. 60. Rivolgimento ed estrazione. Drenaggio nella cavità peritoneale attraverso la rottura. Irrig. uterine. Fasciatura occlusiva sulla vulva. Ergot. Morfina 0,02 per injez. ipod.
		3 a. 6 a. 10 a. 1 p. 7 p.	38,3 128 R. 36 38,1 37,7 37,5 37,7	Vomiti per 4 volte. Vomiti copiosi. Quasi continuo vomito. Adolorabilftà all'epigastrio.	A motivo del vomito continuo si esamina se si trova strozzamento intestinale. Non si verifica questo all'esame.	
		2 a. 5 a. 9 a. 2 p. 6 p. 9 p.	38,1 120 R. 36 38,4 38,3 140 37,7 37,4 144 37,2	Vomiti incessanti. Rantoli tracheali sonori.		
		6 a. 11 a. 3 p. 6 p.	36,7 128 R. 17 36,5 144 R. 42 38,4 38,2 144 R. 40	Nella notte orripelazioni. Collasso. Progressivo collasso. - Vomito continuo.	Muschio per injez. sottocutanea.	Autopsia: ammassi emorragici fibrinosi sulla fossa iliaca sinistra. Rottura completa dell'utero.
		6 a. 1 p. 7 p.	38,2 38,8 † Morte			

R. ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DI FIRENZE
diretto dal Prof. D. Chiara

CASUISTICA OSTETRICA

Idramnios — Anencefalia — Diagnosi di questa avanti la rottura del sacco.

La anencefalia non figura certo in prima linea fra le cause fetali di distocia, predisponendo essa tutt'al più ad una possibile consociazione di un arto; e ciò pel rimpicciolito volume della estremità cefalica, allorchè è questa che si affaccia per la prima allo stretto superiore. Potrebbe dunque ritenersi di importanza pratica molto secondaria lo stabilire un po' più presto o un po' più tardi durante il travaglio, la diagnosi di un tal vizio di conformazione; il quale infin dei conti non creerà mai alcun ostacolo serio alla espulsione del feto ove magari non la renda più facile.

Siccome però uno degli ideali dell'arte ostetrica è pur quello di *sentire, vedere o indovinare* attraverso le pareti utero-addominali quale sia la situazione, il volume e la conformazione del corpo fetale e come del resto i casi di anencefalia diagnosticati *ante partum* non sono tanto frequenti, così credo non privo di interesse il riferire una osservazione clinica relativa a tale argomento.

Verso le 10 ant. del giorno 24 marzo u. s. veniva accolta nella Maternità di Firenze una donna di 30 anni a termine della sua terza gravidanza, con travaglio a decorso languido iniziato da 6 ore circa. Dalla storia anamnestica raccolta lì per lì si rileva che questa donna, dotata di buona salute abituale, ebbe solo a soffrire di pleuro-pulmonite non grave fra i 15 e i 16 anni. La vita genitale iniziatasi un po' tardivamente (prima epoca catameniale a 18 anni) percorse poi in modo affatto fisiologico le

successive sue manifestazioni mestruali e gravidiche; parti e allattamenti pure normali.

La gestazione attuale iniziatasi dopo il 27 giugno, epoca dell'ultimo tributo mensile, sarebbe pure stata identica alle due precedenti ove la donna non avesse notata con sorpresa la mancanza d'uno dei sintomi subiettivi più importanti dello stato di maternità; intendiamo dire i movimenti attivi fetali indarno attesi dalla gestante dal 5° mese in poi.

Il ventre ha un *volume* che risponde a quello d'una gravidanza a termine, ma la sua *forma* si avvicina molto più alla sferica che alla ovoidale. Colla palpazione esterna esercitata bruscamente e profondamente si avverte qua e là un moto di rimbalzo mutabilissimo di sede ma non si riesce a fissare e percorrere alcuna parte distinta del corpo fetale e ciò per la evidente abbondanza del contenuto liquido e contemporanea piccolezza del bambino. Un eguale risultato negativo lo si ha allorquando si cerca di precisare se alla regione ipogastrica risponda un estremo del feto e quale esso sia; dappoichè la mano per quanto infossata profondamente non avverte che *qualche cosa di solido* subitamente spostato appena venga urtato dalle nostre dita.

Nessuna traccia di battito cardiaco fetale in qualunque punto del tumore uterino; tumore che durante il nostro esame si contrae a brevi intervalli ma poco energicamente.

Col riscontro vaginale si avverte l'ostio uterino dilatato a 4 centimetri e occupato da un sacco amniotico intestiniforme attraverso il quale il nostro dito tocca una parte sfuggevolissima e a tutta prima poco apprezzabile nei suoi caratteri. Insistendo però nelle pressioni colla mano esterna si riesce a spingere e fissare momentaneamente la parte fetale contro il nostro dito, in modo che questo oltre al rilevare i caratteri proprii di una *piccola faccia* avverte altresì come il mento sia rivolto a destra. Il dito stesso però dopo aver percorso la linea mediana della regione faciale, dal mento alla radice del naso, non avverte quella superficie larga resistente uniforme rispondente alla fronte; superficie che nella maggior parte dei casi ed a questo periodo del soprapparto si avverte prima e più facilmente delle ineguaglianze comprese fra il mento e le arcate sopracigliari.

Come però la non reperibilita della fronte poteva tenere alla elevazione della testa ed alla eccessiva sua estensione così tentammo di chiarire questo punto rinnovando la palpazione esterna

sulla fossa iliaca sinistra ove appunto avrebbe dovuto trovarsi la fronte. Ma anche il risultato di questa ricerca fu negativo. Volendo adunque riassumere lo stato delle cose relative al travaglio in questione si poteva dire trattarsi di: utero sviluppato come per una gravidanza a termine, liquido amniotico eccessivamente abbondante, feto piccolo e mobilissimo e senza segni di vita, presentazione dell'estremità cefalica estesa. Testa piccolissima per deficienza od arresto di sviluppo della regione frontale.

Una volta riusciti a queste conclusioni era facile trovare in esse tutti gli elementi necessarii a stabilire la diagnosi di un feto mustruoso per anencefalia. È noto infatti come un tal vizio di conformazione vadi facilmente congiunto all'idramnios e come (venendo la estremità cefalica per la prima) sia la regione facciale quella che è più spesso avvertita dal nostro dito. Ne è da tacere come la piccolezza del corpo fetale e la mancanza dei moti attivi e dei battiti cardiaci fossero altri due dati in favore di uno sviluppo non regolare del prodotto del concepimento.

Non esitammo pertanto ad esporre questo nostro giudizio diagnostico ai signori studenti di assistenza al parto; giudizio che veniva poi pienamente confermato dalle fasi successive del parto stesso. Rottosi infatti spontaneamente il sacco verso le 12 $^1/_2$ p. colava una quantità esagerata (3 litri circa) di liquido amniotico colorato in giallo creta per intima commistione di meconio; ed allora ripetuto il riscontro si poterono sentire più distintamente i caratteri della piccola faccia fetale affrontata allo stretto superiore. Dopo 4 ore di periodo espulsivo non meno languido di quanto lo era stato il periodo dilatante, venne con poco sforzo cacciato dai genitali un feto morto ma inalterato, di sesso femminile anencefalo con piedi equinivari del peso di 1400 grammi e della lunghezza di 38 ctm.

Il secondamento fu favorito dalla spremitura dell'utero e la contrazione successiva di quest'ultimo dalla amministrazione di due grammi di segale.

Il puerperio fu tipicamente fisiologico ove se ne eccettui la portata lattea verificatasi solo in miniatura fra il terzo ed il quarto giorno.

Dott. E. Grassi.

RASSEGNA

Dott. **Emanuele Bruers.** — Nuova sonda per injezioni intrauterine *(Bullettino delle Scienze Mediche di Bologna.* — Vol. X, 1882).

Lo scopo che si propose l'A. nel modificare la sonda per le injezioni intrauterine *fu quello di ottenere una sonda la quale decomponendosi in varii pezzi possa dopo ogni injezione essere pulita perfettamente e con facilità anche nelle sue superficie interne.*

Questo scopo raggiunse l'A. costruendo una sonda che nella forma esterna non differisce da quella dello Stoltz, ma che a differenza di questa risulta invece di due metà laterali che costituiscono poi le vie per la corrente d'entrata e d'uscita, e di una lamina intermedia, nonchè di tre anelli che servono alla congiunzione di tre pezzi. All'apice ha fissato con giri di vite una specie di piccolo ditale, perforato da 5 fori del diametro di 2 mill., ed è da queste aperture che il liquido si spande nel cavo uterino. A pezzi riuniti lo strumento è lungo centimetri 20 ed ha curva più sentita di quella offerta dalla comune delle sonde intrauterine: a facilitare il deflusso del liquido invece di una sola apertura ne esistono tre, e finalmente l'estremità esterna per la quale si injetta il liquido è ricurvata verso l'alto, vantaggio anche questo non piccolo (1). NEGRI.

Praticamente non rispose, almeno nell'istituto di Firenze; il liquido zampilla nella maggiore quantità, dalle fessure, per modo che ben poco arriva nel cavo uterino. D. CHIARA.

Ettore Truzzi. — La seconda amputazione utero-ovarica cesarea eseguita dal Prof. Edoardo Porro (con una tavola). *(Gazz. Medica Italiana, Lombardia,* 1883).

La ricoverata N. 286 del 1882 viene accolta il 15 novembre (1882) nella Maternità di Milano, è di anni 37, secondipara; nel primo parto

(1) La ditta V. Malossi e C. (via Stradellaccio N. 3, Bologna) pone in vendita la sonda Bruers a L. 12.

fu liberata con due applicazioni di cranioclaste dal Dott. Monzini: ne susseguì puerperio normale. L' esame del 16 novembre riscontrava: statura m. 1.31, segni molteplici di pregressa rachitide: pelvimetria esterna: circonferenza 74, spine 24, creste 26, obliquo d. 22, obliquo sinistro 20,5, bitrocant. 28, C. E. 14; pelvimetria interna: microcorde ridotte e più la sinistra, C. D. 72 mill., C. V. 63 mill. Gravidanza nella seconda quindicina dell'8º mese, feto vivo, in presentazione di spalla.

L'atto operativo era stabilito per il 9 dicembre, ma alle 8,30 ant. del giorno 7 colarono le acque amniotiche spontaneamente e già tinte leggermente per meconio. Alle 10,45 dello stesso dì il Prof. Porro compì l'atto operativo; cloronarcosi, polverizzatore a vapore, emorragia considerevole al momento della dieresi uterina, estrazione di un feto lievemente asfittico, presto rianimato; durante la estrazione lacerazione dell'angolo inferiore della ferita uterina per un trattodi circa 2 ctm., impiego del costrittore di Cintrat e di lunga asta metallica al disopra dell'ansa di costrizione. Atto operativo durato 40 minuti. Femmina estratta viva, pesante gr. 2700, lunga cent. 48. La donna muore il 11 dicembre alle 4,30 pom. e l'autopsia eseguita il 12 dicembre mostra: *strozzamento intestinale da aderenza duplice del peritoneo viscerale e parietale fra un'ansa del tenue e la già saldata ferita addominale: aderenza avvalorata da una fimbria attraversante l'ansa aderente nel tratto intermedio ai due punti di abnorme adesione.*

Le misure pelviche in via di approssimazione (furono prese in via approssimativa per non sciupare il preparato) davano: CV. mill. 60, microcorda destra 72, microcorda sin. 69, obliquo destro 105, obliquo sinistro 95. NEGRI.

Dott. **Arturo Bompiani.** — Contribuzione alla storia della eliminazione spontanea dei polipi dell' utero. *(Lo Sperimentale,* novembre 1882).

È il caso di una giovane di anni 24 accolta nel dicembre 1881 nell'Ospedale di S. Giovanni Laterano per emorragie dai genitali e febbre. I disturbi relativi all'apparecchio sessuale datavano da 17 mesi e consistevano principalmente in menorragie. Al momento dell'accettazione gravi erano le condizioni generali; sani gli organi toracici ed addominali superiori; genitali esterni ben conformati, imene semilu-

nare aperto superiormente; sangue liquido e raggrumato cola dall'ostio vaginale; nella vagina un tumore della grandezza e forma di voluminosa arancia, più duro nella metà superiore che non nella inferiore: il tumore si restringe superiormente in un cordone circondato dal collo uterino assottigliato e poco sporgente in vagina. — Il corpo uterino anteverso non molto aumentato di volume lo si sente sopra la sinfisi del pube in posizione mediana ed è discretamente mobile; la sonda uterina supera l'anello del collo per circa 4 ctm. all'indietro, all'avanti invece incontra un insuperabile ostacolo. La diagnosi fu: polipo fibroso attaccato con lungo peduncolo probabilmente alla parete anteriore dell'utero e sceso in vagina.

Il gravissimo stato della inferma fece soprassedere alquanto prima di passare alla ablazione del tumore: contro il fetore dello scolo vaginale e la emorragia persistente si applica la *doccia vaginale continua fredda* con soluzione fenica 1 0|0: dopo tre ore la temperatura da 40° scende a 38°,5, successivamente continui ascessi a freddo ed eliminazione di pezzi necrotici per la via vaginale. Il Prof. Pasquali esaminando la donna trova che all'intorno del tumore si *può scollare* in quasi tutta la periferia una grossa membrana che lo cingeva come anello tosto al disotto dell'orificio esterno del collo uterino; uncinatala la portò fuori tutta intera; tale buccia riproduceva perfettamente la forma del tumore: tolta questa membrana si potè accertarsi che il peduncolo si inseriva sulla parete anteriore subito al disopra dell'orificio interno.

Il 28 dicembre il Prof. Pasquali mediante le pinze di Museaux ed il costrittore di Maisouneuve applicato sul peduncolo, estrae il tumore paragonabile alla testa di un feto settimestre. Dopo l'estrazione il dito portato nel canale cervicale sente che l'orificio interno circonda un picciolo grosso quanto il dito mignolo e lungo un centimetro e che si inserisce al sito già indicato. Il 9 gennaio 1882 la donna abbandonava la Clinica perfettamente guarita. NEGRI.

Antonio De-Ferrari. — Primo resoconto sanitario della R. Clinica ostetrica di Genova — Anno scolastico 1881-82. *(La Salute - Italia Medica,* 1882).

Dal 21 novembre 1881 al giorno 8 luglio 1882 furono accettate 112 donne: di queste 101 si sgravarono nella Clinica; le 112 accolte complessivamente furono ricoverate per 3430 giorni.

Fra le *complicanze della gravidanza* si ebbero i seguenti casi: catarro bronchiale 2, metrorragia da placenta previa 1, vaginite 2, ascesso al gran labbro sinistro 1, iperemia polmonare e ittero da catarro delle vie digerenti e biliari 1, prurigine 1, vegetazioni non specifiche ai genitali 1, varici alle estremità inferiori ed ai pudendi 1, paresi della estremità inferiore destra 1, varici alle estremità inferiori 3, varici al pudendo 1, sifilide 1, disturbi gastrici ostinati, edema alle estremità inferiori 1.

Delle 101 che si sgravarono 44 erano primipare, 57 multipare. I 101 parti si dividono in 100 *semplici*, 1 *gemellare*; — per l'epoca 95 maturi (43 in primipare, 52 in pluripare), 3 immaturi (1 in primipara, 2 in multipara), 3 abortivi (2 al 3° mese, 1 al 5°, tutti in pluripare.

Riguardo alle presentazioni sono così classificate:

Presentazione regolare . .	89
» irregolare .	9
» ignota . . .	4

fra le *irregolarità del parto* s'ebbe: debolezza delle doglie 3 — in un caso si usò la elettricità, negli altri 2 si applicò il forcipe. Si ebbe un caso di inversione dell'utero: emorragia grave prima del secondamento; incompleta liberazione artificiale per forti aderenze: morte della donna per anemia acuta — all'autopsia inversione uterina di 2° grado sul luogo di inserzione della placenta (allo sbocco della tromba falloppiana destra) e presenza di piccolo cotiledone placentare.

Stenosi pelvica 5 casi. — 1° caso falso promontorio costituito dall'unione del 1° con il 2° pezzo sacrale - forcipe ed aiuto forcipe Macari - feto nato morto pesante grammi 3950 - morte della donna — 2° caso: raccorciamento di pochi millimetri nel diametro promonto pubico - presentazione pelvica - parto spontaneo (presentazione pelvica), puerperio normale — 3° caso: secondipara rachitica - diametro promonto-pubico valutato a mill. 85 con il dito, a 75 con il compasso di Baudelocque - presentazione di spalla sinistra dorso posteriore, feto maschio morto in travaglio, pesante grm. 2720 - donna guarita — 4° caso: Ipara - pelvi con diametro retto superiore ridotto a millimetri 85 - presentazione delle natiche - uncino e leva insufficienti. Forcipe nel diametro bitrocanterico; riapplicazione di forcipe sul capo ultimo - feto morto pesante gr. 3120. In puerperio vaginite cangre-

nosa - dopo 38 dì guarigione — 5° caso: IIpara - rachitica - parto provocato al principio del 9° mese, parto ultimato con il forcipe allo stretto superiore, feto asfittico rianimato pesante gr. 2000, in puerperio vulvite flemmonosa con ascesso nel gran labbro sinistro - guarigione.

Si *osservarono inoltre due lacerazioni del perineo.* Dei cinque parti per l'*ovoide podalico* tre feti nacquero asfittici e furono salvati, due nacquero morti. — Si ebbero 4 *presentazioni trasversali* e sempre fu fatto il rivolgimento: due bambini nacquero vivi, due morti. Fu notato un caso di *straordinaria torsione* del cordone: il feto macerato pesava gr. 660. Un *caso di placenta previa marginale* fu curato con rivolgimento: il feto fu estratto morto, la madre morì per infezione puerperale nel 6° dì di puerperio. — Quattro volte fu praticato il *secondamento artificiale*, e tre volte si osservò la procidenza del cordone, sempre con presentazione del piano laterale.

Complessivamente gli atti operativi furono in conseguenza 9: cinque applicazioni di forcipe, 4 rivolgimenti e consecutiva estrazione.

Rispettivamente ai bambini sopra 100 feti si raccolsero 43 maschi e 57 femmine; ne nacquero tra i 96 maturi, 89 vivi e 7 morti. Per il puerperio delle 101 puerpere 53 *ebbero puerperio normale*, 48 puerperii complicati da malattie diverse: fra queste 4 casi di metro-peritonite acuta, 8 di endometrite 2 di vulvite e 2 di vaginite cangrenosa. Tre delle puerpere morirono.

Si aggiunge che *quasi tutte le puerpere* ebbero lochi fetenti non ostante le cure di scrupolosa nettezza e le frequenti irrigazioni vaginali. L'estensore del breve rendiconto crede trovarne la causa nella *mancanza di aria, di spazio, di luce.* NEGRI.

Dott. **F. Casale.** — Le forbici di Smellie modificate dal Professore R. Novi. *(Giornale Internazionale delle Scienze Mediche,* Napoli, 1882).

Fino dal 1857 il Novi così modificava le forbici dello Smellie:

« All'originale forma delle forbici di Smellie vi è l'aggiunta di due cucchiai d'avorio che coprono la punta ed i taglienti: questi cucchiai per mezzo di due viti sono addossati ed uniti a due piastrine metalliche, le quali vengono a congiungersi la mercè di un setto che scorre in un piccolo spazio rimasto fra le lame delle forbici. Due molle si-

tuate fra le piastre ed i cucchiai permettono a questi di scorrere liberamente sul grosso dello strumento, di ravvicinarli quando giungano sulla parte più stretta, per poi ricongiungerli perfettamente alla estremità, occultandone completamente la punta ed i taglienti bordi. I cucchiai sono fissati a due aste metalliche, che passando per il perno della cerniera delle forbici vanno a congiungersi in un bottone ove son fissate mercè due viti. Il bottone costituisce un punto di appoggio all'indice della dritta dell' operatore lorchè debbonsi spingere o ritirare i cucchiai, i quali restano fissati, nel momento che sono ritirati in basso, da una molla situata nella parte interna dell'anello sinistro delle forbici senza che per questo la dilatazione delle lame taglienti venga ad esserne ostacolata. »

I due cucchiai possono essere assai facilmente rimossi, ciò che torna utilissimo per la nettezza dello strumento.

Ora dalla pubblicazione del Dott. Casale appare che fu resa ancor più semplice questa modificazione e consiste in ciò:

« Alla punta invece di due esse sono coverte da un sol cucchiaio per cui guardate dal lato ove questo si impianta presenta lo stesso aspetto della prima modificazione. — La punta dello strumento ed i suoi margini esterni e taglienti restano completamente al coperto dal cucchiaio di avorio il quale è impiantato su di uno stelo metallico che attraversando un foro che ad esso presenta il perno dell'articolazione, termina il bottone ove l'indice del chirurgo si poggia per spingere o ritirare il cucchiaio. »

Così costrutto quando il cucchiaio di avorio è spinto verso la punta riesce a sorpassarle per un tratto di circa un centimetro, quando invece è ritirato dall'apertura restano liberi circa 4 ctm. delle lame, tratto sufficiente per compiere l'opera a cui è chiamato lo strumento.

NEGRI.

Dott. **Arturo Bompiani.** — Relazione dei lavori della sezione ginecologica nel Congresso Nazionale dei medici inglesi tenuto a Worcester nell'agosto 1882. (*Gazzetta Medica di Roma,* 1882).

Lo spazio ci vieta di poter diffusamente parlare di questa relazione, non possiamo che ricordare i differenti argomenti che furono trattati. Il Dott. Granville Bantock presentò un lavoro sulla *isterectomia* ed intende con questo nome di accennare all' allontanamento mediante

laparotomia di un tumore fibroide o fibrocistico che involga o parte o tutto l'utero. Non tutti i fibromi hanno per indicazione la isterectomia: quelli che crescono ai lati dell'utero ed invadono i legamenti larghi offrono all'operazione difficoltà talvolta insormontabili per frenare la emorragia: in tali casi è meglio indicata la *ooforectomia.* — Intorno al trattamento del peduncolo se lungo e sottile è indifferente tenerlo fisso all'angolo inferiore della ferita od abbandonarlo nell' addome, ma se vascolare e voluminoso si dichiara nemico della legatura perduta; l'ansa costrittrice dovrebbe sempre esser collocata al disotto delle ovaja e qualora ciò non riesca fatto si debbono legare successivamente e separatamente le due ovaja.

Sopra l'ansa debbono poi essere passati due spilloni in croce, e si deve con ogni cura portare il peritoneo parietale attorno al peduncolo. Crede inutile se non dannosa la cauterizzazione del moncone sia con il ferro rovente che con il percloruro. In un quadro di 15 casi di *isterectomia sopravaginale* s'ebbero 14 successi favorevoli.

Prendono parte alla discussione il Dewar, il Dott. Edis, il Dottor John Williams, il Dott. Routh, Wallace e Bantock.

Altri argomenti trattati sono dal Dott. John Williams: *Osservazioni sulla subinvoluzione dell' utero;* — dal Dott. Arthur W. Edis *Del trattamento razionale della menorragia;* — dal Dott. Routh: *Sul trattamento di una forma di endometrite accompagnata da tenace leucorrea;* — dal Dott. John Dewar: *Sulla dismenorrea come causa di istero-epilessia;* — dal Dott. William Walter sopra *un felice risultato di trasfusione di sangue per grave emorragia post partum.*

Con nostro rincrescimento dobbiamo rimandare i lettori alla relazione dell'egregio collega di Roma. NEGRI.

R. ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DI FIRENZE

diretto dal Prof Cav. D. CHIARA

Brevi notizie per il 1.° trimestre dell'anno 1883.

Sezione Ostetrica.

Ricoverate N. 162. — Parti naturali 119. — Parti artificiali 1.4
Totale 133. — Morte N. 3.

Placenta previa. — N. 2.

Estrazione manuale. — S. I. N. 47 (*). — Presentazione dei piedi — Periodo espulsivo lungo — Minaccia di asfissia del feto — Estrazione manuale — Feto vivo — Puerperio fisiologico.

Rivolgimento. — 1.° — S. I. N. 32. — Bacino universalmente ristretto C. D. 90 mm. — Presentazione vertice in posizione OIDP — Procidenza del funicolo — Rivolgimento — Feto asfittico, non rianimato — Puerperio fisiologico.

2.° — S. L. N. 53. — Bacino universal. ristretto di 1° grado C. E. 17 cm. — Presentazione della faccia, posizione MIST — procidenza del funicolo — Rivolgimento — Feto asfittico, voluminoso, B. P. 97 mm. — distacco della colonna cervicale — Puerperio fisiologico.

3.° — S. L. N. 39. — Placenta previa marginale — Emorragia grave — Rivolgimento — Feto asfittico — Madre morta per anemia mezz'ora dopo la operazione.

4.° — S. L. N. 16. — Presentazione della spalla sinistra — Dorso posteriore — Rivolgimento — Feto vivo — Puerperio fisiologico.

(*) S. I. vuol dire *Sezione illegittime;* S. L. *Sezione legittime.*

Forcipe. — 1.ª — S. I. N. 45. — Bacino piatto rachitico — C. V. 80-82 mm. — Soprapparto lungo — Scolo prematuro delle acque — Vertice fisso allo stretto superiore — Posizione OIDP — Inquietudine della donna — Doppia applicazione del forcipe Naegele — Isterostomatotomia — Feto vivo — Puerperio fisiologico.

2.ª — S. L. N. 33. — Bacino universal. ristretto C. E. 16 1[2 cm. — Pres. faccia MISA — Periodo espulsivo lungo — Forcipe Naegele nello scavo — Feto vivo — Puerperio fisiologico.

Non aventi N. progressivo di registro.

3.ª — Ammessa il 23 dicembre 1882, sgravata nel febbraio 1883 — Vertice al piano perineale — Minaccia di asfissia del feto — Forcipe Naegele — Feto morto — Madre salva.

4.ª — Ammessa li 20 dicembre 1882, partorì nel febbraio 1883 — Periodo espulsivo lungo — Minaccia di asfissia del feto — Forcipe Naegele al piano perineale — Feto vivo — Puerperio fisiologico.

5.ª — Ammessa li 22 dicembre 1882, partori li 24 febbraio 1883 — Periodo espulsivo lungo — Minaccia di asfissia del feto — Forcipe Naegele nello scavo — Feto morto — Puerperio fisiologico.

6.ª — S. I. N. 64. — Presentaz. del vertice OIDA Rottura precoce delle membrane — Soprapparto molto lungo — Inquietudine della donna — Battito cardiaco fetale irregolare — Forcipe Naegele nello scavo — Feto vivo — Puerperio lievemente febbrile.

Embriotomia. — 1.ª — S. L. N. 26. — Bacino piatto rachitico — C. V. 78-80 mm. — Tetano dell'utero per segale somministrata fuori della Maternità — Spasmo dell'orificio interno — Travaglio lungo — Presentazione vertice, posizione OIDA — Feto morto — Craniotomia e cranioclastia Braun — Isterostomatotomia — Puerperio morboso non di natura infettiva — Guarigione.

2.ª — S. I. N. 61. — Bacino leggermente viziato — Soprapparto lungo — Utero retratto per segale somministrato fuori della Maternità — Presentazione vertice — Posizione OISA — Testa poco impegnata — Feto morto — Cra-

niotomia e cranioclastia Braun — Puerperio morboso per endometrite — Lavature intrauterine — Guarigione.

Interruzione artificiale della gravidanza a scopo ostetrico. — S. I. N. 58 — Bacino piatto rachitico — CV. 78-80 mm. — Interruzione della gravidanza col metodo Krause al principio del nono mese — Parto spontaneo — Feto vivo — Peso 2700 grm. — Puerperio fisiologico.

Interruzione artificiale della gravidanza a scopo medico. — S. L. N. 58. — Donna affetta da leucocitemia con lipogenesi — Aggravamento progressivo e rapido della malattia durante l'attuale gravidanza — Interruzione di questa al 7° mese col metodo Krause — Morte della donna durante il periodo dilatante — Rivolgimento post mortem — Feto macerato.

Perineorafia. — S. I. N. 2. — Lacerazione di secondo grado — Quattro punti di sutura colla seta fenicata — Esito completo.

NB. Delle 3 morte una sola soccombette per un processo infettivo, ed è da notare che venne ammessa in Clinica 5 ore dopo il parto per essere liberata dalla placenta fortemente adesa. — La donna era in istato di anemia grave.

Sezione Ginecologica:

Ricoverate.

Per affezione cancerosa della vulva e vagina	N.	2
» » del collo e corpo uterino	»	15
Per tumori benigni solidi	»	8
» cistici (o creduti tali)	»	6
Per deviazioni dell'utero: Prolasso	»	1
» » Retroversione	»	1
Per ematocele retrouterino	»	3
Per malattie infiammatorie	»	13
Totale	N.	49

ATTI OPERATIVI

A scopo diagnostico:

Laparotomia	N. 1
Paracentesi	» 2
Aspirazioni con l'apparecchio Potain	» 5
Totale	N. 8

A scopo terapeutico:

Iniezioni intrauterine previa dilatazione del collo	N. 2
Asportazioni di tumori della vulva e vagina . .	» 3
Raschiamenti del collo uterino	» 7
Cauterizz. punteggiate sul collo uter. col Paquelin	» 2
» pianeggiate » » »	» 1
Escisione del collo uter. e cauterizz. col Paquelin	» 1
Ovariotomie	» 2
Isterostomatotomia	» 3
Totale	N. 21

RISULTAMENTI

1.ª *Paracentesi.* — Migliorata. — La effusione ascitica, supposto tumore addominale, era dovuta a neoformazione maligna del fegato.

2.ª — Ascite determinata probabilmente da peritonite lenta.

1 *Laparotomia esploratrice.* — Voluminosissimo sarcoma dell'ovaio destro. — Morte.

(*) 5 *Aspirazioni esploratrici.* — Una rivelò una cisti ovarica che sarà operata presto; una una voluminosa cisti ovarica probabilmente areolare a contenuto colloideo molto denso; l'ammalata pare inclinevole all'operazione. Due furono curative di peritonite saccata ed un'altra che (dette resultato negativo) fu tentata anche dal lato della vagina; si trattava di un'intumescenza del lig. largo dest. che simulava un contenuto liquido; la malata partì guarita.

Le 3 isterostomatotomie sono state fatte in donne affette da fibromi uterini sottomucosi. Due delle malate, che soffrivano di metrorragie,

(*) Il numero cospicuo di punture diagnostiche ha la sua ragione nel fatto che l'accettazione si fa nel R. Arcispedale, riservato sempre il giudizio del Direttore dell'Istituto che rimanda le inferme riconosciute non affette da malattie nell'apparato genitale.

partirono migliorate, un' altra si trova tuttora in clinica in stato inquietante; presenta febbre per assorbimento essendosi iniziata l'eliminazione spontanea del tumore per necrosi del guscio mucoso. Si praticano iniezioni antisettiche intrauterine.

2 *Ovariotomie.* — 1 guarita — 1 morta in 20ª giornata improvvisamente, quando la malattia chirurgica potevasi dire guarita e v'era completa apiressia. Non fu concessa l'autopsia da cui si sperava rilevare la causa della sincope mortale.

Delle altre operate, o comunque curate, parte lasciò l' istituto migliorata o guarita, una fu passata ne' cronici; parte vi rimane o è alla vigilia del congedo. — È degno di nota che su 12 malate di neoformazione maligna dell'utero, una sola poteva permettere il tentativo di cura radicale che non venne concessa dalla famiglia; di più il responso del microscopio era dubbio. Si fece il raschiamento alla Simon in 6; l'escisione del collo colle forbici, seguita da cauterizzazione in una, e la cauterizzazione punteggiata e pianeggiante in un'altra, quella che avrebbe permessa l'estirpazione. Tre su sei che subirono il raschiamento ebbero un deciso miglioramento. Nella più parte l'escavazione risultante dal raschiamento venne riempita da batufoli di cotone imbevuti di acido cromico.

In due malate di ematocele retrouterino (guarite) si seguì una rigorosa aspettazione, o *cura!* negativa, ciò che si pratica pure per un' altra ricoverata in questi giorni anche per ematocele retrouterino voluminoso. Dott. A. Bloch.

NOTIZIE

Società italiana di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria. — Veniva questa costituita la sera del 19 marzo nell'aula IV della R. Università di Roma con l'approvazione dello Statuto presentato dal Comitato promotore.

Il Comitato Direttivo risultava composto del Prof. D. Chiara, Presidente; Professore E. Pasquali, Vice-Presidente; Prof. L. Mangiagalli e P. Negri, Segretari; Prof. Pietro Pelizzari, Cassiere.

Prima di separarsi fu scelta dai convenuti a sede della riunione per l'anno 1884, la città di Torino nell'epoca della Esposizione industriale italiana. — Nel prossimo numero verranno pubblicati gli atti della prima riunione riuscita numerosa oltre l'aspettazione, vista la sfavorevole circostanza che s'era differita la riunione della società di chirurgia con la quale doveva coincidere quella della società ostetrica.

Nomine. — In seguito a concorso per titoli la Commissione giudicatrice propose a pieni voti per il posto di maestra nel R. Istituto di Maternità in Firenze la signorina Emilia Bertocchi, levatrice maggiore nell' Ospizio provinciale degli Esposti e delle Partorienti in Milano, e vi era nominata dal Ministro con decreto del 1.° aprile c. m.

Prof. Dott. Domenico Chiara Direttore-gerente responsabile.

Milano — Tip. Pietro Agnelli, via Pietro Verri, 16.

Anno V. Maggio 1883 N. 5.

ANNALI
DI
OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

Istituto Ostetrico della R. Università di Torino
diretto dal Prof. Cav. D. TIBONE

DEL BRIVIDO CONSECUTIVO ALLE IRRIGAZIONI INTRAUTERINE
NEI PROCESSI PUERPERALI

NOTA CLINICA

del Dott. EMILIO FASOLA
II Assistente e libero docente di ostetricia.

Le irrigazioni intrauterine erano usate in tempi assai lontani da noi: ne fa parola Galeno (edizione 1529, pag. 70), nel primo libro di Antillus si trovano particolari interessanti a questo riguardo (e se vogliamo dar fede, dice il Prof. Chiara (1), al Dottor Kammeres di New-York, autore di un' importante rassegna delle iniezioni uterine, queste erano conosciute da Ippocrate, che vi ricorreva più specialmente per liberare il cavo uterino da frammenti di placenta che vi fossero rimasti dopo il secondamento). Dimenticate per molti anni, dobbiamo poi arrivare alla metà circa del secolo XVIII per vederle ancora accennate e richiamate alla pratica medica. In seguito comparvero diversi lavori indirizzati a dimostrarne il vantaggio grande nel facilitare l'espulsione di avanzi placentali dalla cavità uterina, nell'arrestare metrorragie consecutive al parto, e sopratutto nella profilassi e nella cura di certi processi puerperali, che nel passato segnavano l'umiliazione del medico curante, e lo scoglio fatale delle povere puerpere.

(1) Chiara. *Delle iniezioni medicamentose entro-uterine per la cura dell'endometrite puerperale.* — Lezione clinica. (*Gazz. delle Cliniche,* 1873, pag. 102).

La cura locale dell' endometrite settica puerperale coll' irrigazione intra-uterina, messa in uso già da Kiwisch (1), quindi da Scanzoni (2), e da loro tanto raccomandata, non entrò un po' diffusamente nella pratica, fino ad una ventina d' anni fa all' incirca, quando, in base alla ingegnosa teoria di Semelweis sull'origine della febbre puerperale da un contagio introdotto nei genitali, venivano utilizzati i liquidi disinfettanti (3); e tra i primi in Italia, se non pure il primo, a ricorrere a siffatto metodo di cura fu il compianto Esterle, professore direttore della Scuola ostetrica di Novara nel 1859; è questa una data che torna a decoro dell' ostetricia italiana.

Combattuta l'idea della febbre puerperale essenziale, visto che la febbre puerperale non è altro che una serie di accidenti locali e generali determinati dall'assorbimento di materiali settici dalle soluzioni di continuità degli organi genitali, prodottesi nel parto o anche dalla mucosa integra della vagina e dell'utero come vorrebbe qualcuno, dimostrato che non vi ha differenza essenziale tra febbre chirurgica e febbre puerperale, la cura locale di questa veniva di conseguenza giustificata e razionale. Allo stesso modo che il chirurgo lava e disinfetta quanto più è possibile le piaghe cavitarie suppuranti e che si infiammano per la presenza di materiali settici, l' ostetrico deve lavare la cavità uterina, e con liquidi disinfettanti modificarne la superficie allorquando essa è in preda a quegli stessi processi, e provvede a questa indicazione colle irrigazioni intrauterine disinfettanti (vedi Rendu, De l'utilité des lavages intra-uterins, pag. 32).

Fin qui tutti d' accordo, e lo mostrano le memorie dei professori Cuzzi, Mangiagalli, Bergesio, Negri e Bompiani; da esse però si rileva che la pratica di così potente mezzo terapeutico non è abbastanza diffusa, ed è perciò che questi autori vi insistono in modo particolare e la raccomandano con tanto ardore.

L' esitazione degli ostetrici trova ragione nelle obiezioni sollevate contro l' uso delle irrigazioni intrauterine, e che sono: la penetrazione dei liquidi nella cavità peritoneale per le trombe

---

(1) Kiwisch. *Klinische vorträge über specielle pathologie und therapie der krankheiten des weiblichen geschlechtes*, pag. 643. Prag. 1845.

(2) Scanzoni. *Lehrbuch der geburtshülfe*. pag. 949. Wien, 1853.

(3) Guglielmo Fischel. *Sulla terapia della sepsi puerperale*, traduzione del Dott. Alberto Bloch, *Annali di ostetricia, ginecologia e pediatria*, 1883, pag. 48.

del Fallopio; la produzione di emorragie pel distacco di grumi sanguigni dai seni uterini sia fatto dalla corrente del liquido, che dall'estremità della cannula; l'insorgere di dolori uterini; l'entrata di aria nei seni uterini aperti; la sincope, il collasso, la comparsa di brividi e di metro-peritoniti.

L'importanza di siffatte obiezioni fu certamente esagerata; sperimenti intrapresi di proposito hanno dimostrato che il liquido delle irrigazioni fatte in utero a collo non perfettamente chiuso non penetra mai per le trombe nel peritoneo: le emorragie si possono evitare moderando il getto del liquido ed operando coi debiti riguardi, e del resto non sono mai gravi: i dolori uterini non hanno importanza, e al caso si possono calmare con qualche centigr. di morfina o con qualche inspirazione di cloroformio: l'entrata di aria nell'utero e nel circolo pei seni uterini sarà schivata colla precauzione di portare la cannula nell'utero allorchè è già cominciato il getto del liquido attraverso di essa, osservando scrupolosamente che questo getto non sia interrotto per mancanza di liquido, e ritirando la cannula prima che venga a cessare: la comparsa di metriti e di peritoniti a torto si volle attribuire alle irrigazioni Se all'irrigazione tien dietro la metrite e la peritonite, egli è che queste erano già in via di sviluppo, che l'irrigazione non valse ad interrompere, sia perchè non praticata per tempo, sia perchè non è rimedio infallibile.

Nel processo intentato alle iniezioni uterine possiamo invocare a difesa: 1° il numero piccolissimo dei casi disgraziati; 2° quello sterminato dei casi fortunati: ma se, com'è debito nostro, ci ritiriamo nel campo ginecologico per restare confinati nel terreno ostetrico, troveremo che su di questo la difesa trionfa, che il bene prepondera grandemente sul male, « e in questa preponde-
» ranza, dice il Chiara, trovo la giustificazione della mia condotta
» quando, come potete attestarlo, raccomando e faccio fare nelle
» puerpere le irrigazioni endo-uterine tuttavolta che ne trovo la
» indicazione (1). »

Ora intendo di cercare quanto vi abbia di vero, e di quanta importanza sia degna l'ultima delle suddette obiezioni, cioè la comparsa di brividi in seguito alle irrigazioni intrauterine. Il fatto che a queste tiene dietro soventi un brivido più o meno intenso fu osservato da molti clinici, i quali tutti vi hanno ac-

(1) Chiara. Loc. cit., pag. 104.

cordato poca importanza, perchè o non ne fanno parola nei loro scritti a tale riguardo, o appena vi accennano di passaggio.

Il Rendu, che ha dato una memoria notevole e tra le più complete intorno al vantaggio delle irrigazioni intrauterine nell'infezione puerperale, dice « le reproche fait aux iniections intrautérines d'occasionner des frissons nous parait avoir quelque chose de fondé. Nous croyons en effet que les irrigations d'un liquide froid, projeté avec une certaine force contre les parois de la matrice peuvent être quelquefois suivies d'un frisson plus ou moins violent: mais hatous-nous d'ajouter que cet accident, d'ailleurs rare, semble être sans aucune gravité (Render, loc. cit) »: e il Fischel (loc. cit. pag. 108) soggiunge « Se ora domandiamo come si presenta in casi opportunamente scelti l'azione delle irrigazioni troviamo che spesso la temperatura, il polso e gli altri fenomeni concomitanti, *qualche volta accompagnati da un brivido di freddo*, subiscono un notevole aumento; ma che dopo, in altri casi anche senza tale esacerbazione, subentra una diminuzione di tutti i sintomi, ecc., ecc. »

Nella clinica di Torino diretta dal mio egregio maestro Professor Tibone, nella quale si ricorre largamente alle irrigazioni intrauterine, si ebbe a notare con certa frequenza l'insorgere del brivido: dietro consiglio e coll'appoggio del mio maestro ho potuto fare a questo proposito qualche osservazione, e raccogliere dati non privi di importanza.

Soltanto nella sezione clinica, cui sono ammessi gli studenti, e nella quale si ebbero 190 parti nell'anno scolastico 1881-82, si sono fatte più di 200 irrigazioni intrauterine: le une (30 all'incirca) a scopo profilattico subito dopo i parti artificiali e in quelle donne che, entrate in travaglio, già erano state esplorate fuori della clinica; le altre o per frenare metrorragie inquietanti, sia dopo il secondamento, sia nel corso del puerperio, e qui una decina di volte; o per modificare e correggere la fetidità dei lochi, vincere processi di endometrite settica esordienti e spesso già nel loro pieno sviluppo, e qui assai più volte.

Le irrigazioni furono praticate in massima parte da me; l'apparecchio strumentale assai semplice, si compone di un recipiente della tenuta di tre litri, munito di una chiavetta, alla cui estremità sta unito un tubo di gomma: questo per l'altro estremo è unito ad una cannula di vetro alquanto curva nell'estremità libera, lunga 22 cm. e del diametro interno di 4 mm. Lo stesso

irrigatore serviva per tutte le donne: ciascuna di esse però aveva una cannula propria, lavata ogni volta che veniva usata, e tenuta costantemente in una soluzione di acqua fenica al 5 %. Un recipiente a pala, sottoposto al bacino della paziente, raccoglieva il liquido di ritorno dalla cavità uterina. Serviva una soluzione fenicata al 2 % e alla temperatura di 40° centigradi nei casi di metrorragie; appena tiepida negli altri: l'irrigazione durava dieci minuti, eccezionalmente oltre i quindici e i trenta minuti, salvo a ripeterle tre e anche quattro volte al giorno nei casi gravi di endometrite settica con abbondante secrezione lochiale putrida e purulenta. La donna stava in decubito dorsale, a bacino alquanto elevato dallo stesso recipiente raccoglitore, per evitare, come consiglia Schroeder, l'entrata di aria nell'utero: l'irrigatore era tenuto all'altezza di 60 cm. dal livello della donna.

In seguito alle duecento irrigazioni intrauterine così praticate si ebbe ad osservare il brivido 24 volte: una sola volta nelle irrigazioni profilattiche, fatte subito dopo il parto, non tenendo conto del brivido ordinario che segue il traumatismo del parto, e non alterato sensibilmente nè in intensità nè in durata; e là si ebbe puerperio normale: tre volte nelle irrigazioni praticate per completare l'arresto di emorragie discrete dopo il secondamento, e si ebbe puerperio leggermente irregolare in una donna, per parametrite: tutte le altre volte fu osservato il brivido dopo le irrigazioni praticate nel corso del puerperio, quando erano apparsi in scena fenomeni di endometrite con lochiazione fetida. È del brivido sorto in quest'ultima condizione che intendo parlare, e poichè i fatti valgono più dei ragionamenti, chè quelli sono ragionamenti colle prove relative, mi studierò di citarne e di descriverli succintamente.

Per non riuscire troppo lungo mi limiterò ad alcuna di quelle osservazioni in cui la comparsa del brivido consecutivo alla irrigazione fu netta e caratteristica, e da queste scaturiranno naturali ed evidenti le commentazioni e le conclusioni.

Osservazione I.

Mele Teresa, entrata l'8 novembre 1881: età 39 anni: prima mestruazione a 16 anni, regolari le successive nella durata e nel periodo di ritorno; gravida per l'undecima volta e presso al termine. Partoriva il 29 novembre in modo naturale e facile un feto

vivo, sano, in presentazione di vertice, in posizione O. I. S. A. e del peso di grm. 2170. Secondamento naturale favorito col metodo della spremitura.

Puerperio - giorno 1°	mattina	T. 37,3.	P. 74.	R. 20
	sera	» 37,5.	» 100.	» 24
» 2°	mattina	» 37,5.	» 100.	» 24
	sera	» 37,5.	» 90.	» 22
» 3°	mattina	» 37,4.	» 100.	» 20
	sera	» 38.	» 120.	» 23

Lochi leggermente odorosi: ebbe un brivido di breve durata e poco intenso.

giorno 4°	mattina	T. 38,4.	P. 120.	R. 24
	sera	» 39.	» 120.	» 25

Lochi molto fetenti: perfrigerazioni ripetute nella giornata. *Si fa un'irrigazione intrauterina: un quarto d'ora dopo compare brivido intenso della durata di* 20 *minuti.* Mezz'ora dopo il brivido si nota:

T. 39,7. P. 140. R. 26

Sudore profuso: ne segue uno stato di benessere.

giorno 5°	mattina	T. 37.	P. 104.	R. 24
	sera	» 38,5.	» 110	» 22

Passò notte tranquilla: si ripete l'irrigazione intrauterina al mattino e alla sera, e non sono seguite da brivido; i lochi sono molto odorosi.

giorno 6°	mattina	T. 37,2.	P. 107.	R. 24
	sera	» 38.	» 112.	» 24

Lochiazione poco odorosa: irrigazione intrauterina mattina e sera.

giorno 7°	mattina	T. 37.	P. 100.	R. 20
	sera	» 37.	» 90.	» 20

Lochi non più fetenti: si cessano le irrigazioni entro l'utero: il resto del puerperio passa regolarmente.

Osservazione II.

Samo Maria, cucitrice, d'anni 29: entra in clinica il 25 dicembre 1881. Prima mestruazione a 14 anni; di breve durata e accompagnate da dolori lombari le successive; regolari nel periodo di ritorno. Secondipara: non ricorda l'epoca dell'ultima mestruazione.

Passava bene anche la seconda gravidanza e partoriva il 3 gennaio 1882, in modo naturale, un feto vivo e sano, del peso di grm. 3200, in presentazione di vertice e in posizione O. I. S. A. Secondamento naturale, favorito col metodo della spremitura.

Nulla di notevole nel primo e secondo giorno di puerperio: in seguito si ha:

Puerperio - giorno 3° mattina T. 38,4. P. 99. R. 22

Alquanto sensibile alla pressione il parametrio sinistro: lochi fetenti: piccole placche ai genitali esterni. Lavatura uterina.

Sera T. 38,5. P. 112. R. 26

Irrigazione intrauterina, seguita *da brivido poco intenso e di breve durata.*

giorno 4° mattina T. 38,5. P. 100. R. 24
sera » 38,7. » 96. » 30

Irrigazione intrauterina mattina e sera: le placche sono in via di riparazione.

giorno 5° mattina T. 37,4. P. 98. R. 19
sera » 37,6. » 96. » 20

Irrigazione intrauterina mattina e sera, lochi quasi inodori.

6° giorno. Condizioni normali: lochi non più odorosi: placche completamente riparate: il resto del puerperio trascorre regolarmente.

Osservazione III.

Bavera Francesca, sarta, 27 anni, pluripara. Entra in clinica il 31 gennaio 1882 gravida di due mesi e mezzo e in travaglio

abortivo da 24 ore. Il 2 febbraio si rompono le membrane e si estrae l'ovo con due dita introdotte nella cavità uterina: indi irrigazione intrauterina.

Puerperio - giorno 1° mattina T. 37. P. 89. R. 20
Irrigazione intrauterina.

Sera T. 37,4. P. 76. R. 19

Irrrigazione intrauterina: coll'acqua escono bricciole di membrane, ed un coagulo fetente.

giorno 2° mattina T. 37,3. P. 82. R. 19.

Irrigazione intrauterina.

Sera T. 37,2. P. 76. R. 20

Lochi molto fetenti: *irrigazione intrauterina susseguita da brivido di breve durata:* indi sudore e senso di benessere: subito dopo il brivido si ha:

T. 37,7. — P. 79. R. 20

giorno 3° mattina T. 37,3. P. 86. R. 19
sera » 37,2. » 79. » 21

Irrigazioni intrauterine mattina e sera, e ripetute per altri due giorni successivi, dopo i quali tutto entra e procede nella norma

Osservazione IV.

Sala Susanna, serva, 29 anni, primipara. Prima mestruazione a 20 anni, in tutto regolari le successive; l'ultima il 29 aprile 1881. Gravidanza regolare; parto normale il 9 febbraio: feto vivo, sano, in presentazione di vertice, posizione O. I. S. A., del peso di grm. 3500. Secondamento naturale; lacerazione perineale di secondo grado.

Puerperio. Nulla di notevole nel primo giorno.
giorno 2° mattina T. 37,2. P. 77. R. 19
sera » 37,3. » 80. » 19

Lochi leggermente odorosi: irrigazione intrauterina.

giorno 3° mattina T. 37,2. P. 76. R. 19
sera » 37,3. » 79. » 20

Lochi ancora fetenti, ventre trattabile, indolente alla pressione: liberi i parametrii: irrigazione intrauterina.

giorno 4° mattina T. 37,3. P. 69. R. 19

Lochi ancora molto fetenti, abbondanti, di colore grigiastro. Irrigazione intrauterina: coll'acqua esce un bricciolo di membrane. *Perfrigerazione dopo l'irrigazione.*

Sera T. 37,5. P. 90. R. 20.

Irrigazione intrauterina: coll'acqua esce ancora un bricciolo di membrane fetentissimo. All'irrigazione tiene dietro *un brivido deciso, della durata di un quarto d'ora:* subito dopo:

T. 38,9. P. 100. R. 22

indi, calore, sudore, e senso di benessere: notte tranquilla.

giorno 5° mattina T. 37,4. P. 96. R. 19

Irrigazione intrauterina.

Sera T. 38. P. 109. R. 23

Irrigazione intrauterina, coll' acqua escono due coaguli fetenti, della grossezza di una noce: *poco dopo leggiera perfrigerazione.*

Nei giorni successivi la temperatura sta normale: si ripetono mattina e sera le irrigazioni entro l' utero per sette giorni; nessun fenomeno vi tiene dietro: in ottava giornata la lochiazione è inodora ed assai scarsa: la donna in ottime condizione.

Osservazione V.

Daggia Adelaide, sigaraia, 25 anni, primipara. Ultima mestruazione alla fine di maggio. Gravidanza normale; parto naturale e facile.

Al terzo giorno di puerperio la lochiazione si fa leggermente odorosa.

Puerperio - giorno 4° mattina T. 37,3. P. 86. R. 20
sera » 37,5. » 89. » 20

Leggermenze sensibili i parametrii alla pressione: i lochi sono ancora odorosi: si procede ad un'irrigazione entro l'utero: pochi minuti dopo la donna è presa *da un senso generale di freddo.*

giorno 5° mattina T. 37,3. P. 82. R. 19

Irrigazione intrauterina, *seguita da perfrigerazione.*

Sera T. 37,9. P. 100. R. 22

Irrigazione intrauterina, seguita da brivido: queste vengono ripetute quotidianamente, mattina e sera, fino all'ottavo giorno di puerperio: nessuna è più seguita da brivido: il resto del puerperio decorre regolarmente.

Osservazione VI.

Confettino B., lavandaia, 30 anni, sordo-muta, pluripara. Ultima gravidanza regolare: parto naturale e facile; feto vivo e sano in presentazione podalica (varietà natiche): peso grm. 3300.

Puerperio - giorno 1° mattina T. 37. P. 64. R. 20
sera » 37. » 72. » 20

Morsi uterini; leggiera cefalea.

giorno 2° mattina T. 37,5. P. 70. R. 20

Perfrigerazione nella notte: cefalalgia che persiste tutt'ora; lochi odorosi.

Sera T. 40. P. 90. R. 22

Ebbe un brivido alle ore 2 pom. della durata di 10 minuti, e seguito da sudore profuso. Ventre trattabile, indolente alla pressione; liberi i parametrii: lochi grigiastri, fetenti.

Alle ore 4 pom. si fa un'irrigazione entro l'utero, della durata di 30 minuti: nessun fenomeno consecutivo. Si ripete l'irrigazione alle ore 10 pom. *ed è seguita da un brivido marcato, che dura più di un quarto d'ora.*

Prima dell'irrigazione la temperatura era di 39,6; mezz'ora dopo era salita a 40. Alle 12 pom. il termometro segna 38,9.

giorno 3° mattina T. 37,5. P. 76. R. 20

Passò notte tranquilla : i lochi sono meno fetenti. Irrigazione intrauterina.

Sera T. 38,3. P. 88. R. 20

Si ripete l'irrigazione.

giorno 4° mattina T. 37,6. P. 78. R. 20

Cefalea, lochi fetenti, irrigazione intrauterina.

Sera T. 39,5. P. 84. R. 20

Lochi abbondanti ed ancora molto fetenti; si prolunga l'irrigazione per più di 20 minuti, e ne segue un brivido leggiero. Subito dopo il brivido la temperatura è di 39,7; alle ore 9 pomessa è discesa a 38,2.

giorno 5° mattina T. 36,8. P. 74. R. 20

Condizioni locali e generali di molto migliorate: irrigazione intrauterina.

Sera T. 37. P. 74. R. 20

Irrigazione intrauterina.

giorno 6° mattina T. 37. P. 60. R. 18
sera » 37,2. » 60. » 20

Irrigazione la mattina, ed ultima irrigazione la sera: il resto del puerperio passa regolarmente.

Osservazione VII.

Abito Maria, serva, 25 anni, primipara. Prima mestruazione a 16 anni; regolari le successive nella durata e nel periodo di ritorno: ultima mestruazione non ricordata. Gravidanza normale, parto artificiale (forcipe allo stretto superiore per strettezza pelvica leggiera, e feto molto sviluppato) L'atto operativo durava 10 minuti, e veniva estratto un feto vivo e sano, del peso di grm. 3990. Secondamento naturale; lacerazione perineale di secondo grado. Subito dopo il secondamento, irrigazione intrauterina, cui segue un brivido moderato e di breve durata.

Un'ora dopo il parto si ha:

T. 38. P. 75. R. 22

Puerperio - giorno 1° mattina T. 37,2. P. 80. R. 20
sera » 37,2. » 78. » 20
giorno 2° mattina T. 37. P. 80. R. 20

Cefalea ed insonnia nella notte: ventre trattabile, indolente alla pressione: lochi odorosi: generosa lavatura vaginale.

Sera T. 37,6. P. 80. R. 20

giorno 3° mattina T. 37. P. 70. R. 19
sera » 38. » 84. » 20

Tensione mammaria: coll' acqua dell' irrigazione vaginale esce una piccola porzione di membrane di odore fetente.

giorno 4° mattina T. 37,4. P. 78. R. 20
sera » 37,4. » 80. » 20
» 5° mattina T. 37. P. 80. R. 19

Lochi molto fetenti; irrigazione intrauterina: l'acqua esce sporca, fetente, di colore grigiastro, con piccoli grumi di sangue pure fetenti. *Leggiera perfrigerazione dopo l'irrigazione.*

Sera T. 37,8. P. 88. R. 20

Irrigazione intrauterina; indi perfrigerazione.

giorno 6° mattina T. 37. P. 84. R. 19

Irrigazione entro l'utero alle ore 8 ½ ant. e poco dopo brivido intenso che dura più di 30 minuti. Dopo il brivido si nota:

T. 40,8. P. 140. R. 30

Alle ore 11 ant. la temperatura era discesa a 39,5, e la donna era in traspirazione cutanea profusa.

Sera, ore 4 T. 38,2. P. 100. R. 22

Irrigazione intrauterina seguita da brivido della durata di 35 *minuti:* l'acqua esce sporca e fetente. Dopo il brivido si ha:

T. 40. P. 134. R. 26

Alle ore 9 pom. la temperatura era discesa a 38,8.

giorno 7º mattina T. 37,5. P. 90. R. 22

Notte tranquilla: si ripete l'irrigazione: l'acqua esce meno odorosa: nessun fenomeno consecutivo.

Sera T. 38. P. 90. R. 20

Lochi quasi inodori: si ripete l'irrigazione per l'ultima volta.

giorno 8º mattina T. 37. P. 74. R. 20
sera » 37. » 70. » 20

Buonissime condizioni locali e generali: nulla di notevole nel resto del puerperio.

Osservazione VIII.

Enimma Maria, sarta, 29 anni, primipara. Prima mestruazione a 13 anni; regolari le successive: ultima il 22 settembre 1881. Gravidanza normale; parto artificiale (forcipe nello scavo per inerzia uterina): feto vivo, del peso di grm. 3550. Secondamento naturale: subito dopo irrigazione intrauterina: la donna è in ottime condizioni.

Puerperio - giorno 1º mattina T. 37,6. P. 78. R. 19
sera » 37,5. » 72. » 19
» 2º mattina » 36,8. » 64. » 18
sera » 37. » 64. » 18

Lochi un po' fetenti: irrigazione entro l'utero, e iodoformio sulle contusioni dei genitali esterni.

giorno 3º mattina T. 37,6. P. 62. R. 18

Irrigazione intrauterina e iodoformio ai genitali esterni.

Sera T. 37,5. P. 70. R. 18

Lochi ancora molto odorosi: irrigazione intrauterina *seguita da brivido,* dopo il quale si ha temperatura 38,5; e due ore dopo temperatura 37,3.

giorno 4º mattina T. 36,8. P. 64. R. 18

Irrigazione: le contusioni ai genitali sono guarite.

Sera T. 38,4. P. 82. R. 19

Irrigazione intrauterina seguita da perfrigerazione della durata di un'ora circa. Cessata la perfrigerazione si ha T. 38,8, e 2 ore dopo solo 37,5.

giorno 5º mattina T. 37,7. P. 80. R. 20
sera » 38,5. » 78. » 20

Irrigazione: lochi molto meno fetenti.

giorno 6º mattina T 37,3. P. 74. R. 20
sera » 37,4. » 74. » 22

Irrigazione: lochi quasi inodori.

giorno 7º mattina T. 36,8. P. 64. R. 18

Ultima irrigazione: l'acqua esce limpida e inodora: le contusioni sono completamente riparate: in seguito il puerperio procede nella massima regolarità.

Dall'esame delle osservazioni riportate si possono ricavare le seguenti deduzioni:

1.º Le irrigazioni intrauterine disinfettanti praticate a scopo terapeutico nei processi puerperali di endometrite settica, con lochiazione fetente, ecc., sono frequentemente seguite da brivido.

2.º Il brivido è tanto meno intenso quanto minore è la fetidità della lochiazione, e quanto più per tempo è cominciata la cura locale; e in questi casi frequentemente si presenta sotto forma di perfrigerazione piuttostochè di brivido deciso.

3.º Esso compare generalmente in seguito alle prime irrigazioni, spesse volte dopo l'irrigazione vespertina; non sempre si ripete.

4.º Il brivido è seguito da elevazione della temperatura, ma questa è di breve durata, e vi tiene dietro un abbassamento talvolta notevole, non raramente fino alla norma nei casi leggieri, quando la temperatura non oltrepassa 38º,5 prima dell'irrigazione; e la paziente entra tosto in uno stato di benessere generale.

5.º Non si ebbero mai a lamentare inconvenienti pel brivido e per l'elevazione della temperatura.

Non è qui il luogo di passare in rivista tutte le teorie più o meno bizzarre ed ingegnose emesse per spiegare la patogenia e la natura del brivido nelle varie condizioni individuali e nei varii

stati patologici; attenendomi al puerperio, dovrò fare due distinzioni: 1º di un brivido fisiologico, consecutivo ad una sensazione soggettiva di freddo, ad una leggiera e fuggevole modificazione dei centri nervosi, senza fenomeni di reazione generale dell'organismo; 2º di un brivido patologico, preceduto, accompagnato, seguito da elevazione della temperatura e da frequenza anormale del polso. Del primo abbiamo esempio nella puerpera, subito dopo il parto, e questo brivido si vuol attribuire o allo svuotamento della cavità uterina, al precipitarsi del sangue nei visceri addominali e all'alterazione momentanea del circolo periferico; o alla sottrazione di una sorgente di calore quale è quella del feto, la cui temperatura nel cavo uterino è superiore alla materna; o al traumatismo del parto e alla perdita di sangue, come negli operati di chirurgia, e perciò esso brivido sarebbe proporzionato alla durata del travaglio, al dolore sofferto, oltrecchè alla quantità di sangue perduto; o finalmente si vuol attribuire al raffreddamento cui è soggetta la donna per la posizione che tiene durante il parto, scoperta ed esposta all'aria almeno per la metà inferiore del corpo, e bagnata dal liquido amniotico, dal liquido delle irrigazioni vaginali, ecc.; tutte cause che soffrono le loro obiezioni, ma che certamente si collegano e in vario modo concorrono a produrre un fenomeno complesso, quale è il brivido.

Del brivido patologico abbiamo esempio allorchè il sangue viene alterato per l'assorbimento di sostanze pirogenetiche, di elementi settici, dalle soluzioni di continuità che si hanno nelle vie genitali dopo il parto. « Le sang, une fois altéré, n'offre plus à la substance organisée et vivante les conditions normales du conflit d'où résultent la nutrition intime et tous les phénomènes phisico-chimiques, qui ont lieu dans cette substance » (Vulpian, leçons sur l'appareil vasomoteur, pag. 268): siffatta condizione morbosa si manifesta spesso con brividi, nello stesso tempo che con altri fenomeni patologici.

Resta ora a vedere se il brivido consecutivo alle irrigazioni intrauterine fenicate non possa attribuirsi all'assorbimento del liquido usato, alla sua penetrazione nel circolo, come qualcuno ha creduto. Non pare: Richter e Münster, con ricerche cliniche dirette a tale scopo, hanno bensì dimostrato che quasi sempre le soluzioni di acido fenico come quelle di acido salicilico passano nel sangue, ma esse non arrecano mai il minimo danno. Per cui nei casi di endometrite settica, con lochiazione fetente, se vo-

gliamo stare all'osservazione dei fatti, eliminata l'idea di brivido puramente fisiologico, perchè qui si hanno fenomeni di reazione generale dell'organismo, elevazione della temperatura, alterazione del polso, ecc., si dovrebbe spiegare diversamente la cosa. Con la lavatura uterina si rimovono le sostanze infette che si trovano alla superficie interna dell' utero, senza poterle esportare tutte coll'acqua usata; si smovono e si staccano parzialmente i trombi infetti che si trovano all'apertura dei seni uterini, e lungo i canali venosi e linfatici, e si mette all'aperto qualche vaso, come lo prova l' emorragia che talvolta segue all' irrigazione; si produce qualche lacerazione del tessuto di granulazione ancora friabile; ed ecco create tante condizioni favorevoli all'assorbimento rapido di notevole quantità di materiali settici, accompagnato e seguito dalla serie di fenomeni patologici cui è legata l' alterazione settico-pioemica, la cui intensità è sempre proporzionata alla quantità e al grado di malignità delle sostanze assorbite. Ed ecco perchè essa intensità è maggiore là dove la lochiazione è più fetente, e dove la cura locale è cominciata tardi; e perchè ogni sintomo scompare, e non si ha più brivido quando la cavità uterina e la sua secrezione fu modificata da una o più irrigazioni.

È per un meccanesimo consimile che il Prof. Tibone spiega la febbre che non raramente tiene dietro alla ricomparsa di lochi sanguigni a puerperio avanzato; la perdita sanguigna succede alla rottura e all'apertura di vasi, che forniscono tante vie aperte all'assorbimento, dando origine a quei processi puerperali tardivi che non sono tanto rari nella pratica.

Non è dunque alla penetrazione della soluzione fenica nel circolo che si deve il brivido consecutivo alle irrigazioni intrauterine: anzi, se teniamo conto della breve durata dell' elevazione termometrica, e del rapido abbassamento che si ha dopo il brivido, abbassamento notevole sempre, talvolta fino alla norma, all'acido fenico dovremo attribuire un ufficio ben diverso e assai utile, quello di correggere in sito l'alterazione piosetticoemica, e di portare una medicazione locale, nella stessa massa sanguigna. È forse per questo che l'avvelenamento acuto del sangue consecutivo all' irrigazione non ha l' importanza patogenica che si potrebbe sospettare, stante che l' elemento patogenetico nel suo cammino distruttore e rivoluzionario è tosto inseguito e neutralizzato dal suo potente nemico, l'acido fenico.

Qualora la paziente, in cui è indicata l'irrigazione intrauterina,

fosse in preda ad un alto movimento febbrile, e si avesse diritto a temere di una esacerbazione termica, per quanto passeggiera, si potrebbe ricorrere agli antitermici, contemporaneamente che all'irrigazione, ed un bagno freddo, l'acido timico, ecc. varranno a scongiurare i pericoli dell'ipertermia.

Nella clinica diretta dal mio egregio maestro non si ebbe mai a notare inconvenienti serii per l'irrigazione intrauterina, ripetutamente praticata nei singoli casi, e per noi nessuna obiezione può scemare la grande utilità di questo metodo di cura, al quale senza dubbio devesi attribuire in parte la diminuzione straordinaria di mortalità nella clinica di Torino. Ho detto di proposito « ripetutamente praticata nei singoli casi » perchè solo per eccezione potrà bastare un'unica irrigazione, contrariamente a quanto afferma il Fischel, che cioè è « cosa affatto inutile la ripetizione delle irrigazioni intrauterine, perchè, egli dice, una volta detersa la cavità uterina e portato via il secreto infetto, i secreti di nuova formazione non potrebbero contenere altre sostanze in soluzione, o in forma corpuscolare che quelle portate colla corrente dalla profondità alla superficie; se poi non ha luogo un ristagno dei secreti, non si può ammettere che siano di nuovo assorbiti (1) ».

Le condizioni particolari della superficie interna dell'utero nel puerperio, ed i mezzi di cui possiamo disporre, rendono assai problematica l'asportazione completa, perfetta, dei materiali settici con una sola irrigazione per quanto convenientemente eseguita: e d'altra parte non si sa capire come non possono essere riassorbiti i materiali settici provenienti dalle parti profonde, che colle sostanze di secrezione coprono la superficie uterina. Il colore grigiastro e l'odore fetente dell'acqua che esce dalla cavità uterina nell'irrigazione ripetuta anche a poche ore di distanza, una certa quantità di piccoli grumi sanguigni e fibrinosi pure fetenti che spesso vengono esportati coll'acqua, mostrano che il ristagno, più o meno protratto, vi ha, non ostante la somministrazione quotidiana e ripetuta di segala cornuta alle puerpere, come si usa da qualche tempo in questa clinica.

(1) Fischel. loc. cit. pag. 109.

IL RASCHIAMENTO DEI RESTI PLACENTARI ABORTIVI

ELEVATO A SISTEMA

DAL

Dott. GIOVANNI COSENTINO

Insegnante pareggiato di ostetricia nella R. Università, chirurgo-ginecologo dell'Ospedale Civico in Palermo

---

Non è un raro evenimento nella pratica medica, che durante un travaglio abortivo o in un tempo più o meno lungo dall'accaduto accidente, sia richiesta urgentemente l'opera del medico per riparare ad una grave perdita che minaccia di dissanguare una povera donna. In simile congiuntura ho visto spesso regnare, in chi non è molto famigliare in questo genere di affezioni, la perplessità e la titubanza, od ho dovuto deplorare le tristi conseguenze d'incertezze e d'indecisioni. Nessun altro accidente spaventa i profani ed imbarazza i novizii dell'arte più delle gravi perdite consecutive ad un parto o ad un aborto. Ciò ha la sua spiegazione nel fatto, che l'emorragia uterina non è solamente uno dei sintomi abituali dell'aborto, ma una delle più gravi complicazioni, che sovente minaccia la vita della donna. Se ai casi fatali aggiungiamo il gran numero di malattie uterine, che ripetono la loro origine da un aborto negletto e trascurato, il fatto contribuirà a richiamare seriamente l'attenzione del medico.

La guarigione di molti aborti è ricca di lunghissime storie di ripetute e profuse emorragie ed infiammazioni locali; eppure un aborto ben trattato, escludendo i casi criminosi e le complicanze accidentali, deve essere scevro di ogni pericolo. Se si ricerca la causa che produce e sostiene le gravi emorragie e che ne costituisce la vera complicazione, si troverà quasi sempre nella ritenzione della placenta o di parte di essa. Epperò mi sembra che la nostra attenzione più che al sintomo debba essere rivolta alle cause che lo produce. Se un'ammalata viene dopo 2-3 settimane del supposto termine di aborto, coll'istoria di ricorrenti e

profuse emorragie, puossi presumere con certezza approssimata, che porzioni dell'uovo rimangono ancora nell'utero.

Lo scolo fetido dei genitali, i brividi di freddo, la febbre, la sensibilità uterina convalideranno i nostri sospetti e indicheranno il fatto, che si è stabilita la decomposizione e l'assorbimento di materiali settici. La metrorragia cresce per gradi e fino a che la massa placentare residuale non è completamente distaccata ed espulsa, o fino a che l'arte non interviene, la vita della donna può essere sempre compromessa. Da ciò l'attenzione che i medici di tutti i tempi hanno rivolto alla cura della metrorragia nello studio delle ritenzioni placentari. La gran frequenza di disturbi nel secondamento dopo l'aborto, la considerevole quantità di stati morbosi, che ne riconoscono l'origine e più di tutto una terapia incerta ed indeterminata, oscillante fra un metodo attivo ed un metodo passivo, puramente empirico, furono le ragioni che mi spinsero a portare il mio piccolo contributo su questo tanto importante argomento di pratica ostetrica.

Abbenchè in questi ultimi tempi per gli studii anatomo fisiologici fossimo pervenuti a conoscenze diremmo più esatte sulla struttura normale della placenta e sulla sua unione alla parete uterina, pure sono a noi completamente sconosciute molte condizioni anatomiche, che darebbero in ogni caso di arresto placentare la migliore spiegazione. Così la conoscenza del diverso grado di adesione della placenta nei singoli mesi di gravidanza, della diversa sede dei punti d'inserzione in rapporto alla influenza che questa esercita sul vario grado di adesione e di distacco dei cotiledoni placentari potrebbero rischiarare alquanto l'argomento.

La conoscenza di fatti che nei primi tempi della gravidanza la placenta materna è divisa in due punti, la decidua vera e la riflessa unite da legami assai cedevoli da potersi fra loro facilmente separare, mentre dà la ragione scientifica delle gravi metrorragie sostenute da un processo di esfogliazione del tessuto rimasto aderente, traccia la via alle indicazioni terapeutiche razionali. Hunter aveva osservato che in un uovo espulso nei primi mesi di gravidanza i villi del corion si potevano facilmente distaccare dalla decidua. Müller (1) alla sezione di una donna morta

---

(1) *Ueber den Bau der Molen.*

nel 5º mese di gravidanza constatò questo fatto, e dà una descrizione esatta delle relazioni di unione della decidua e della placenta coll'utero.

Anche io ebbi occasione di sezionare un cadavere di donna gravida a sette mesi e mezzo. A scopo di studiare il grado di aderenze tra utero e placenta divisi la parete uterina non occupata dalle secondine con molta diligenza fino alla membrana esterna dell' uovo. Cominciai allora il lavoro di distacco delle membrane e della placenta dalla superficie uterina, a cui erano lascamente unite. La separazione fu assai facile e completa, abbenchè il distacco fosse stato eseguito per semplice trazione.

Ne rimase una superficie coperta da una membrana molle, vellutata, di colore bianco-opaco, che obbediva facilmente al raschiamento del dito, che si sollevava a grandi lembi dallo strato sottostante lacerandosi in qualche punto più aderente e che al microscopio fu riconosciuto per la decidua.

Secondo le ricerche microscopiche più recenti (Friedländer, Kundrat, Engelmann) nei primi mesi di gestazione la caduca nella parte interna, quella che guarda la cavità uterina, sarebbe composta da epitelio vibratile, da connettivo e da ghiandole. Il tessuto connettivo in via di proliferazione è formato da cellule assai grandi, stipate le une sulle altre ed attraversate dalle glandole mucose uterine.

Nella parte esterna della caduca le ghiandole sono più grosse e più sviluppate, il loro epitelio è cilindrico non vibratile.

A sviluppo un poco più inoltrato si possono riconoscere nella caduca facilmente due strati separabili l'uno dall'altro; uno strato cioè interno, strato delle cellule, ed un altro esterno, strato delle ghiandole. Il primo strato si compone di grosse cellule rotonde provenienti dal connettivo in proliferazione che sono separate fra di loro da alquanta sostanza intermediaria. Il secondo strato, che confina colla tonaca muscolare consta di otricoli ghiandolari coperti da uno strato di epitelio, il quale dal terzo mese di gravidanza si trasforma in una massa mucosa cominciando dall' orificio e progredendo giù fino al fondo cieco. Finchè l'uovo è piccolo la superficie esterna della caduca riflessa è separato dalla superficie interna della caduca vera da un poco di muco; ma coll'ulteriore accrescimento la caduca vera e la riflessa si saldano intimamente.

Cominciando dal sesto mese (Schroeder) la caduca riflessa e la

vera si saldano completamente insieme formando una sola membrana sottile, che solamente in alcuni pochi luoghi si può ancora separare in due. Le condizioni opposte si osservano invece nelle connessioni tra placenta materna e superficie interna dell' utero, le quali si rallentano sempre di più. I cambiamenti, che soffre lo strato unitivo, camminano pari passo con la metamorfosi, che entrano nella decidua vera. Alla fine del terzo mese di gestazione la decidua non esiste ancora, come membrana in sè indipendente. Gli strati superficiali di essa sono formati di epitelio pavimentoso, i più profondi di connettivo giovine proliferante, ricco di vasi uniti fortemente alla sostanza uterina (1). Col progresso della gravidanza queste connessioni e queste aderenze diventano meno solide; la decidua diviene una membrana facilmente separabile dagli strati sottostanti (2). — Forse contribuirà essenzialmente a questi cambiamenti il processo di formazione di una nuova mucosa che si sviluppa nel 1º mese tra le fibre musculari e la decidua e forma la base della mucosa post partum. Esaminando la faccia uterina di una placenta espulsa, matura o prematura, si trovano sempre i residui di una membranella grigia, molle, facilmente lacerabile, diversamente spessa ($^1/_4$-$^1/_2$ ‴) talvolta granulosa.

Secondo W. Noortwyk questa coperta placentare non solo ricovre la superficie convessa della secondina, ma penetra fra i i cotiledoni, come la pia madre nei solchi del cervello. Questo è lo strato delle cellule della caduca serotina, il quale va aumentando e si intromette come tanti cunei fra gli zaffi del corion. La caduca serotina consta delle stesse parti che compongono la caduca vera, cioè dello strato delle cellule alla superficie, e dello strato delle ghiandole in contatto colla parete muscolare dell'utero. Dallo strato delle cellule emanano quei cunei or ora ricordati fra i cotiledoni placentari, ed è quello strato che a fine di gravidanza viene espulso insieme alla placenta. Questa sottile pellicola che risalta per il suo colorito bianco-grigiastro, come i suoi prolungamenti intercoliledonari, si possono facilmente distac-

---

(1) Virchow. *Gesammalte Abhandlungen* — Frankfurt, 1856, pag. 775.

(2) È bene osservare intanto che nell'espulsione dell'uovo maturo nel completo distacco della caduca la parete muscolare dell' utero non è messa mai a nudo perchè resta aderente all'utero una parte dello strato delle cellule del Friedländer e tutto lo strato ghiandolare.

care specialmente nei primi mesi di gravidanza dalle villosità del corion su cui giacciono. La parte più profonda dello strato delle cellule e tutto lo strato delle ghiandole rimangono però nell'utero. Una particolarità degna di nota nella caduca serotina è la esistenza delle così dette cellule giganti a molti nuclei e contenute nello strato delle cellule e che si estendono anche alle parti prossime della caduca vera (1). Queste cellule particolari forse avrebbero la loro importanza, promoverebbero la degenerazione grassa delle altre e concorrerebbero alla graduata ipotrofia e quindi al distacco della placenta materna verso la fine della gravidanza (2). Oltre a questa membrana restano a considerarsi altri elementi che uniscono la placenta all'utero. Sono i vasi sanguigni.

Se a termine di gravidanza od anche prima si fa un taglio trasversale di un utero a cui sia ancora attaccata la placenta, si vede un punto verso lo esterno, che è chiaramente tessuto uterino, ed un altro verso l' interno, placentare. Nel mezzo di ambedue una striscia, in cui non puossi distinguere dove cessa la placenta e dove comincia l'utero, così graduato è il passaggio tra un tessuto e l'altro. Se si cerca accuratamente di separare queste due parti, si vede che l'unione in gran parte viene formata da punti di tessuto connettivo giovane che si lacera facilmente.

Questo tessuto unitivo, secondo alcuni, è costituito dalla decidua, da vene a pareti molli e sottili, che dall'utero passano nella placenta e da cordoni forti e duri, arterie serpeggianti dell'utero, che entrano nel tessuto placentare.

È quasi da tutti generalmente ammesso che la placenta negli ultimi mesi di gravidanza entra *in toto* in una nuova metamorfosi regressiva, ciò che Cruveilhier chiama *caducité du placenta.* Deve perciò supporsi che anche i vasi e la membrana decidua debbano partecipare al generale processo d' involuzione, che

---

(1) Sul processo formativo della porzione glandolare della placenta vedi la memoria del Prof. Ercolani.

(2) Potrebbe attribuirsi alla più solida aderenza di questa cuticola la frequenza degli arresti placentari negli aborti, che riconoscono la loro causa nelle forme flogistiche della mucosa?

La mia personale esperienza in un certo numero di casi di arresti della placenta parla in favore di questa opinione. Ho potuto almeno constatare nel maggior numero degli aborti con arresto della placenta la storia di metriti e perimetriti pregresse.

tende ad indebolire sempre di più le connessioni uterine placentari.

Possiamo stabilire quindi che l'unione della placenta colla parete uterina assai intima nei primi tempi, si rilascia gradatamente nei mesi successivi per un processo d'involuzione regressiva tanto nello strato di unione della decidua serotina che nei vasi placentari dell'utero. Se in condizioni normali per la organizzazione anatomica ordinaria è difficile a metà di gravidanza il distacco della placenta dall'utero, questa difficoltà si dovrà trovare di molto cresciuta, quando un processo morboso ne abbia reso più facile le connessioni.

Se consideriamo che i processi patologici capaci di produrre aderenze morbose possono d'ordinario provocare gli aborti, dobbiamo temere che nel loro maggior numero esistono le condizioni più favorevoli alle ritenzioni della placenta. Una pratica estesa offre non raramente esempio di una connessione quasi costante tra aborti e anormali aderenze. Lo studio delle cause dell'aborto è intricato e sparso di molte difficoltà; pure in generale possiamo accettare che le cause accidentali abbiano ben poca influenza a provocarlo, ciò che non giustifica abbastanza la distinzione che si è voluto fare di aborto spontaneo ed accidentale.

Non può negarsi che in certi casi l'espulsione del prodotto del concepimento abbia luogo in modo istantaneo e violento come effetto immediato di cause determinanti più o meno energiche ed efficaci, ma niuno vorrà mettere in dubbio che queste cause accidentali nel maggior numero dei casi abbiano poco valore, se non esistono nella donna le condizioni che preparano il lavoro abortivo. Ogni ostetrico conosce che violenze gravissime locali e generali non bastano spesso ad interrompere il corso di una gravidanza. Possiamo perciò ammettere in tesi generale che lo aborto è quasi sempre spontaneo, cioè che esso riconosca una causa interna. Quest'accettazione è molto importante per la indicazione terapeutica dell'accidente. Nello studio dell'etiologia dell'aborto vi sono due organismi in presenza, la madre e l'embrione. Ciascuno di essi porta una quantità di cagioni varie per il loro modo di azione, per la loro intensità, per l'effetto ultimo (Morisani).

Così i disturbi del circolo fetale, le malattie del feto, dei vasi ombelicali, del corion, ecc., da una parte; gli stati congestivi dell'utero e degli organi pelvici, qualunque ne sia la causa, lo stato

generale deperito della madre, un trattamento improprio nella dietetica, i vizii locali dell'utero sono cause predisponenti più frequenti e più certe degli aborti.

Ma a queste stesse cause si attribuirono e lo sviluppo di anormali aderenze e le ritenzioni placentari, onde coincidono le cause dell'aborto e delle aderenze. Un'altra causa è la speciale predisposizione che hanno certe donne ad abortire e alle anomalie del parto. Conosco una signora a cui estrassi la placenta rimasta aderente dopo un aborto a 3 mesi, la quale in altri 4 anteriori succedutisi a breve intervallo, avea richiesto l'opera del medico per la medesima circostanza. La signora godeva perfetta salute, nè aveva sofferto mai malattia uterina. Dei due bambini, che sono il frutto della prima gravidanza, uno fu estratto col forcipe, l'altro venne alla luce dopo il rivolgimento; le placente furono estratte dall'operatore. I processi flogistici influiscono anche indirettamente sulle aderenze morbose agendo sfavorevolmente nella prima formazione della placenta.

Ma ciò che è un fatto assai più frequente a trovare è l'arresto della decidua vera, l'esfogliazione della quale si fa a spese di gravi e ripetute emorragie e di pericoli della donna.

Nel 3° e 4° mese di gestazione, epoca più frequente degli aborti, la facile separabilità della decidua vera dalla serotina è fondata nelle speciali condizioni anatomiche. Qui la decidua vera sta attaccata all'utero fermamente; l'unione dei villi del corion con la decidua è invece lasca, come fu osservato. Può perciò nell'aborto a 3 o 4 mesi restare aderente tutta o gran parte della placenta materna; la frequenza straordinaria del suo arresto a questa epoca è la migliore riconferma del fatto anatomico.

A comprovare che in un periodo poco inoltrato di gestazione sia assai difficile il distacco della membrana deciduale, che nell'aborto, se non fu provocato da prematura involuzione della decidua o da processi patologici che favoriscono il suo distacco, la espulsione dell'uovo sia incompleta, che la lunga durata delle metrorragie o di flussi sanguinolenti siano mantenuti da un processo di esfogliazione della vecchia mucosa, volli eseguire degli esperimenti.

Era mio proponimento di constatare, se interrompendo la gravidanza ad epoca poco inoltrata si trovasse aderente all'utero la parte deciduale. A tal uopo pregai il chiarissimo Prof. Sirena, cui sono legato per sentimenti di vera gratitudine, per accordarmi

il permesso di istituire nel Gabinetto di Anatomia Patologica delle ricerche sperimentali. Mi procurai allora tre cagne a diverso periodo di gravidanza nella quale praticai i seguenti esperimenti:

Esperimento 1.°

Cagna di piccola taglia, di circa 3 anni, di razza bolognese, a manto nero, e pregna a fine di gravidanza. Il 24 aprile 1882 si sgrava nel Gabinetto di 6 feticini maturi, di diversa pelatura. L'animale è ucciso 26 ore dopo lo sgravo per mezzo dell'insufflazione d'aria nella giugulare esterna destra. — Alla sezione viene estratto l'utero e la vagina che insieme pesano grm. 140. L'organo del parto è assai bene involuto, se si consideri in rapporto alla piccolezza del suo volume, allo spessore delle sue pareti ed al suo colorito bianco carneo. Le cavità dell'utero sono messe allo scoperto con due incisioni lungo il margine libero delle corna e la cavità vaginale con un taglio longitudinale anteriore mediano. Le cavità dell'utero presentano un aspetto caratteristico; le superfici in generale sono vellutate, di colorito rosso-verdastro, qua e là frammiste a punti nerastri. L'uniformità di questa superficie è interrotta da cinque zone, tre nel corno destro e due nel sinistro; punti d'inserzione delle 5 placente anulari. Le superfici placentari aveano un aspetto biancastro, ed erano coperte di una mucosa assai sottile che faceva facilmente trasparire il sottostante strato muscolare col suo colorito particolare. Fuori le zone placentari la mucosa era coperta da una sostanza gelatinosa nerastra, che dava alla superficie quell'aspetto caratteristico. La cavità vaginale non presentava nulla di particolare, se togli una quantità di quella sostanza gelatinosa nerastra in maggior quantità che nell'utero. Raschiando sulle zone placentari ed osservando al microscopio il materiale estratto si vede un elegante tappeto di cellule epiteliali, pentagonali, assai grandi con e senza nucleo.

Gli stessi elementi epiteliali presenta il prodotto del raschiamento della mucosa posta fuori le zone placentari coll'aggiunta di qualche granulo grassoso e globuli di sangue in via di disfacimento. È degno di nota che le superfici placentari erano allo stesso livello del resto della mucosa uterina. Messo ad indurire il pezzo nell'alcool, dopo tre settimane vi praticai dei tagli che osservati al microscopio presentavano i seguenti elementi. I tagli

furono fatti secondo la spessezza della parete uterina, cioè dalla mucosa alla sierosa. Il taglio del preparato qui descritto interessa soltanto la mucosa, lo strato sottomucoso ed il muscolare. — Il preparato colorato con una debole soluzione ammoniacale di carminio (accoppiamento dell' obbiettivo N. 4 coll' oculare N. 2 di Hartnach a tubo disteso) presenta tre strati differenti; uno interno, uno medio ed uno esterno. Il primo è formato nettamente dagli elementi muscolari dell'utero coi noti caratteri, il secondo da uno strato bianco lucido, tessuto connettivo sottomucoso, il terzo da una palizzata di tubi cilindrici rivestiti internamente da elementi epiteliali, il quale corrisponde allo strato delle glandole otricolari dell'utero. Nel rimanente non si osserva alcuna traccia di sostanza placentare e di proliferazione della decidua.

Esperimento 2.°

Cagna nostrana, di pelo lungo, color cioccolatte, gravida di circa 4 settimane. A scopo di farla abortire tentai di introdurre colla guida dell' indice in vagina un lungo trequarti curvo nel canale cervicale per rompere le membrane dell' uovo e farne colare le acque. Riuscito vano questo tentativo, eterizzata la cagna ed apertole l'addome, punsi col bisturi uno delle corna dell'utero e ne estrassi mediocre quantità di liquido amniotico. La piccola ferita uterina fu chiusa con un punto di sutura staccata e quella addominale come nelle ordinarie laparotomie. L' animale 36 ore dopo l' operazione abortì di 3 feti contenuti nel corno già stato punto e poco dopo secondò; ma cessò di vivere coi sintomi di setticemia in meno di 7 ore.

Aperto il cadavere fu estratto l'utero che presentava le seguenti particolarità: Il corno che aveva espulso il prodotto, come è naturale, era più piccolo, ma relativamente poco ridotto di volume, a pareti floscie, sottili, trasparenti. Aperta la sua cavità si presenta una superficie rossa, iperemica, liscia e levigata sulla quale risaltano all' occhio tre striscie di colorito verdastro, le zone placentari che si sollevano per alcuni millimetri dal piano della mucosa. Il distacco di queste zone dallo strato sottostante è possibile impiegando una certa forza, e spesso le brandelle distaccate si lacerano all'ulteriore trazione nei punti più aderenti.

Aperto l'altro corno, tolti i due feti che conteneva, volli studiare il grado dell'aderenza utero placentare. — Cercai quindi di

distaccare col dito una delle due placente dallo strato a cui aderiva. Dopo mediocre pressione si separò facilmente una massa spugnosa restando fortemente aderente una striscia di tessuto che era il mezzo unitivo della placenta all'utero.

Il distacco del secondo anello placentare fu fatto col manico piatto di un bistorì, e con movimento raschiante fu in gran parte sollevata quella striscia di tessuto fibroso rimasta aderente all'utero nel primo anello placentare. L'aspetto perciò, che queste superficie placentari dell'utero presentavano, era assai diverso.

Nella prima dove la placenta fu distaccata dal dito, si vedeva una striscia di tessuto di colorito verde nerastro, dello spessore di qualche millimetro; nella seconda la zona placentare era allo stesso livello del resto della mucosa uterina, ed avea quel colorito bianco-carneo che suol mostrare il tessuto muscolare ricoperto da leggiero strato di mucosa.

Messo ad indurare il pezzo nell'alcool dopo 5 settimane praticai dei tagli sulle zone placentari del corno uterino che aveva abortito.

Il taglio fatto perpendicolarmente alla direzione dell' utero interessante gran parte della spessezza della parete presentava nel campo del microscopio tre zone. Di queste la più esterna era formata di fibre connettivali ed elastiche lascamente unite fra loro miste a cellule connettivali fugate. La seconda zona era formata da fibre muscolari liscie tagliate per lungo e per traverso, in mezzo alle quali si notava un considerevole sviluppo di vasi. La terza zona non mostrava altro che del connettivo proliferante; un gran numero di elementi cellulari grandi, rotondi, ovoidali misti a qualche cellula fusiforme negli strati più interni.

Dal pezzo indurito nell' alcool ho quindi strappato colle mani una strisciolina e ne ho fatto dei tagli.

Or questi mostravano chiaramente gli elementi deciduali, uno strato di cellule rotonde, piccole alle quali faceva seguito un altro strato dei medesimi elementi più grossi, rotondi, uniti fra di loro da una debole rete di tessuto connettivo.

Mancava ogni traccia di placenta fetale, dei villi del corion.

Esperimento 3.°

Cagna di taglia media con pelo lungo, di colorito cioccolatte, è gravida di tre settimane. Viene uccisa coll'insufflazione d'aria nella giugulare.

Aperto l'addome appena morto l'animale si estrae l'utero e la vagina, la quale viene aperta con un taglio longitudinale fino al fornice. Per agevolare il passaggio dei feti è anche inciso il collo dell'utero fino al di là dell'orificio interno. La spremitura dell'utero caccia fuori da prima i feti, indi le placente. Allungando la incisione del collo dell'utero, e mettendo allo scoperto la cavità delle due corna trovai il reperto che mi aspettava. Zone placentari dello spessore di più millimetri e di un colorito verde nerastro caratteristico. Molta sostanza placentare era rimasta aderente allo strato deciduale, che la pressione esercitata dalla mano sulle pareti uterine non avea potuto distaccare.

Messo ad indurire nell'alcool l'organo estratto praticai dopo qualche settimana in corrispondenza dell'inserzione placentare dei tagli trasversali da interessare tutto lo spessore della parete uterina.

In questi preparati colorati nel carminio procedendo dallo strato muscolare alla mucosa si nota: uno strato esterno corrispondente al tessuto uterino, formato di fibre muscolari di varia lunghezza; uno strato interno corrispondente al tessuto sottomucoso, il quale è formato quasi in totalità di fibre connettivali e poche fibre muscolari liscie. A questo fa seguito, andando sempre verso la superficie libera dell'utero, uno strato di elementi cellulari, rotondi od ovoidali, di varia grandezza, i quali sono uniti mediante connettivo finamente fibrillare.

Da quest'ultimo strato si elevano varii prolungamenti, i villi del corion, dei quali taluni hanno una forma piramidale, altri una forma clavata.

Queste esperienze, sebbene poco numerose, pur sembrano assai comprovanti che lo strato unitivo deciduale nei primi mesi di gestazione abbia una considerevole spessezza e solidità, e che se anche per l'energia delle contrazioni uterine il tessuto placentale fosse tutto espulso, l'arresto della decidua e del suo strato unitivo, darebbe d'ordinario nel processo di esfogliazione le stesse manifestazioni, che nei veri resti placentari; gravi metrorragie, flussi sanguinolenti di lunga durata.

In favore di questo reperto sperimentale parla il risultato dei fatti clinici, che ho potuto a questo scopo raccogliere in un mediocremente vasto materiale di osservazione.

Se è la presenza della membrana deciduale o del suo strato

unitivo quella che provoca nel processo d'esfogliazione le profuse perdite in ogni grave e ripetuta metrorragia, che segue all'aborto, ne viene che debba esistere nella cavità uterina il residuo placentale o il deciduale. A comprovare questa illazione era necessario esplorare la cavità dell'utero in tutti quei casi che all'espulsione o anche alla estrazione della placenta seguiva forte e ripetuto e prolungato scolo dai genitali.

Abbenchè, come fu notato, la morte dopo gli aborti non sia un fatto assai raro, pure è molto difficile procurarsi l'opportunità di studiare sul tavolo anatomico le condizioni della superficie interna di un utero appartenente ad una donna morta di metrorragia dopo tale accidente.

La morte per aborto negletto e trascurato relativamente frequente nel tugurio del povero, è un avvenimento raro negli ospedali e nelle sale di maternità.

Allo studio quindi delle condizioni della superficie interna dell'utero, il raschiamento della cavità mi sembrava il mezzo più adatto allo scopo. I casi di emorragia per aborto in una grande città sono assai frequenti, ed io per il posto che occupo ho potuto procurarmi l'occasione di osservarne molti.

Trattandosi di esperimenti riferirò nel presente lavoro il risultato delle ricerche sopra sei ricoverate nella sala dell'ospedale, presso le quali mi fu più agevole la ripetuta ed esatta giornaliera osservazione.

Caso 1.°

Francesca Paola Perconte di anni 31 è madre di 5 figli tutti viventi, dei quali l'ultimo conta l'età di due anni. Sempre di buona salute avea sofferto dall'ultimo sgravo di malattia uterina e probabilmente di endometrite granulosa. Nei primi di ottobre 1881 notò la prima mancanza mestruale e si credette gravida. — Nel novembre e dicembre la purga leucorroica abituale crebbe d'intensità, e qualche giorno fu anche sanguinolenta. Il 14 gennaio 1882 senza causa apprezzabile comparvero le doglie accompagnate da abbondante scolo di sangue. In 14 ore di travaglio il prodotto fu espulso rimanendo in cavità la placenta. — Continuando abbondante la perdita la levatrice somministrò la segale e tamponò la vagina. Il tamponamento fu senza effetto rinnovato per tre giorni, e siccome le emorragie, tolto l'ostacolo

meccanico, si ripetevano con violenza, la donna fu rinviata all'ospedale. All'esplorazione vaginale constatai l'arresto di una massa placentale assai voluminosa.

Per la cedevolezza della parete addominale anteriore l'utero fu spinto in basso, e sebbene con stento, pure giunsi a distaccare le valide aderenze e ad estrarre la massa placentare in via di putrefazione. Sulla superficie interna del fondo dell'utero si toccava intanto una prominenza carnosa, come un cotiledone rimasto fortemente aderente. Gli ulteriori tentativi di distacco riusciti infruttuosi mi limitai ad irrigare la cavità uterina con acqua fenicata e a causticarla col percloruro di ferro. La donna è molto abbattuta, il termometro segna 39 gradi.

Il giorno appresso si rinnova la metrorragia, il sangue viene fuori misto a sanie puzzolentissima. Un brivido di freddo prolungato, intenso, precede l'innalzamento di temperatura che nelle ore della sera segna 40,5. Manifestati i sintomi della febbre settica, a neutralizzare l'effetto del materiale infettante dell'utero e a favorirne lo scolo applicai un apparecchio ad irrigazione continua. L'apparecchio funzionò bene per 24 ore; l'abbassamento della temperatura e un relativo benessere dell'inferma ne furono le conseguenze. Non tardarono però ad aggravarsi le condizioni. Il liquido dell'irrigazione colorato in rosso ci avvertì che si era rinnovata l'emorragia. Fu quindi tolto l'apparecchio e tamponata la vagina. La temperatura del corpo si manteneva alta ad onta di forti dosi di chinino e salicilato di soda, l'emorragia diveniva sempre più pericolosa e minacciava di rendersi fatale. Agire localmente per togliere il fomite d'infezione mi pareva il migliore procedimento.

Adagiata l'inferma sul tavolo di Veit, di cui sono provvisto per l'esame e per le operazioni di ginecologia, con la curette a manico lungo raschiai tutta la cavità uterina e di preferenza sul punto della supposta aderenza patologica del cotiledone placentare. I raschiamenti si continuarono per tre giorni consecutivi fino a che la curette non trasportò più nulla dall'utero. Ma ad onta di ciò la prominenza scabra, che avea diagnosticato per cotiledone attaccato con aderenze fibrose, sebbene ridotto di volume, esisteva tuttavia. L'emorragia uterina cessò, ma il brivido di freddo si ripeteva ogni giorno sempre più prolungato ed intenso, la febbre raggiunse un massimo di 41,2, e 10 giorni dopo la sua accettazione all'ospedale l'infelice donna cessava di vivere.

Alla sezione fu estratto l'utero mediocremente involuto e aperta la sua cavità. Nel punto dell'inserzione placentale fra parete posteriore e fondo per la estensione di un cinque centesimi si vedeva una massa dura a superficie irregolare, scabra e tale da non potersi confondere con quella sporgenza normale, che offre la sede dell' inserzione placentare sollevarsi dalla mucosa a cui aderiva così fortemente da far credere ad una organizzazione placentale di vecchia data (1). Il resto della cavità era ricoperto di mucosa normale, leggermente iperemica. Messo ad indurire il pezzo nell' alcool furono praticati molti tagli in corrispondenza dell' eminenza scabrosa ed in varie direzioni. L' esame microscopico più accurato non rilevò altro che elementi muscolari e connettivali dell'utero.

Con molta probabilità quella prominenza formata da parziale ipertrofia dello stato medio dell'utero o da organizzazione di un cotiledone placentare rimasto aderente nei parti precedenti era stata la causa della ritenzione placentare.

Il raschiamento della cavità dell'utero quantunque avesse tolto i residui del fomite d' infezione pure non valse ad arrestare il processo puerperale già progredito nella sua evoluzione, e che si rese fatale alla vita della paziente (2).

---

(1) Quest'unione tra placenta ed utero così intima da non permettere la separazione senza la lesione della sostanza non è un reperto assai raro.

Bonetus (*Sepulchret*, Lib. III, Obs. 115, 1.23) trovò la placenta aderente così solidamente all'utero che la si poteva a stento separare. Morgagni (*De sedibus et caus. morb.*, Lib. III., Ep. 48 e 28) nel cadavere di una donna morta 12 giorni dopo il parto trovò una porzione di placenta così fortemente aderita all'utero che a stento la si poteva distaccare col coltello.

Simili esempi si leggono in Portal, Simpson, Ramsbotham ed in altri.

(2) Pochi mesi dopo ebbi occasione di sparare il cadavere di una donna morta per aborto, alla quale avevo praticato un giorno prima il raschiamento della cavità dell'utero.

Si era ricoverata all'ospedale 15 giorni dopo l'accaduto accidente; la placenta era stata espulsa a piccoli pezzi in putrefazione.

Alle gravi perdite era sopraggiunta la febbre settica.

Come ultima ancora di salvamento praticai il raschiamento della cavità dell'utero.

La donna morì la sera per esaurimento.

Alla sezione si trovò come causa della morte l'arresto di residui placentali e consecutiva setticemia.

Tutta la cavità dell'utero era stata ben raschiata e causticata col percloruro di ferro.

Caso 2.°

Caterina Frisana di 42 anni fu gravida 16 volte in venti anni di matrimonio. — Le prime 12 gravidanze finirono col parto felice dei 12 figli ancor viventi; le ultime 4 con l'aborto da 3-6 mesi. La donna accusava per i ripetuti aborti debolezza uterina e già da qualche tempo aveva cominciato a soffrire leucorrea vaginale e disturbi riferibili alla sfera degli organi sessuali.

Era venuta all'ospedale per la grave metrorragia consecutiva all'ultimo aborto avvenuto 12 giorni prima del suo ricovero. La profonda anemia e l'elevata temperatura imponevano un pronto soccorso. Esplorando la cavità uterina fu facile ritrovare la causa peccans. Un cotiledone placentale che aderiva ancora sulla parete anteriore e fondo dell'utero fu distaccato ed estratto. Era in via di disfacimento e pesava 9 grammi. La cavità uterina venne ripetute volte irrigata con liquido antisettico. Alla sera il termometro segnava 40,5. Durante la notte si ripetè l'emorragia con mediocre intensità. Al mattino la temperatura era discesa a 39,5.

Irrigata di nuovo la cavità uterina, la raschiai colla curette, e vi estrassi dei pezzetti di tessuto del peso di 7 grm., che al microscopio furono riconosciuti per residui di tessuto placentale e deciduale. La temperatura, che la sera del raschiamento segnava 40,3 l'indomani era discesa a 37,5 e si mantenne sempre normale negli altri giorni di ospitalità. L'emorragia scomparve completamente e al decimo giorno la paziente assai migliorata nel generale ritornava a casa.

Caso 3.°

Maria Cotone, di anni 30, madre di 4 figli, accusa da due anni circa, in conseguenza a parto prematuro di due gemelli e puerperio febbrile dolore alla fossa iliaca destra, purga leucorrea e più o meno abbondante.

L'ultimo parto, che data da 15 giorni, presenta di particolare l'arresto della placenta che fu espulsa parecchie ore dopo l'amministrazione della segale. Lo scolo sanguigno, che nei primi tre giorni si mantenne nei limiti fisiologici, dal 4° al 6° giorno, in cui l'inferma esanguata si ricoverava all'ospedale, era stata assai profusa. L'uso giornaliero della segale e il tamponamento ripetuto non diedero alcun risultato favorevole.

Al sesto giorno era comparsa la febbre preceduta dal brivido e seguita da sudore sotto forma di una vera intermittente quotidiana. All'entrata dell'inferma in sala (ore 12 m.) il termometro segnava 39,5 e la sera 40,2.

Il corpo dell'utero poco ridotto di volume, sorpassava per tre dita trasverse il pube ed era alquanto sensibile alla palpazione profonda. La cervice lasciava passare il dito esploratore che poteva facilmente penetrare nella cavità, distaccare ed estrarre due cotiledoni placentari fortemente aderenti alla parete posteriore dell'utero. Dei due pezzi estratti il più grande pesava 22, il più piccolo che offrì una valida resistenza al distacco, 8 gr.

Tutta la superficie interna dell' utero dava al tatto la sensazione di un tessuto spugnoso, facilmente compressibile che sul sito placentale diveniva scabra per infossamento e prominenze formate da piccoli cordoni fibrosi validamente attaccati alla parete. La cavità venne irrigata da prima con acqua leggermente fenata, indi col percloruro di ferro assai diluito, e non cessando il gemizio di sangue fu tamponata la vagina. Dopo 6 ore, appena rimosso, come è di precetto, il tampone, ricomparve lo scolo sanguigno e piuttosto abbondante. Raschiai allora tutta la superficie uterina con la curette, con la quale estrassi una massa di tessuto mortificato che pesava 9 grammi. La massa estratta era composta di piccoli pezzi spugnosi, di membranelle deciduali e di piccoli cordoni fibrinosi della forma e grossezza di un vermicello e della lunghezza di 2-3 mm. L'utero fu, come al solito, irrigato con liquido antisettico e la vagina tamponata. La temperatura del corpo, che dopo l'operazione era 38,5, scese la sera a 37,9 e si mantenne d'allora in poi sempre normale.

Al 13° giorno l'inferma, che non aveva perduto più una goccia di sangue lasciava l'ospedale migliorata nel generale, sebbene ancora profondamente anemica. L'utero era bene involuto, piccolo; la sonda uterina segnava appena 6,5 cm.

Caso 4.°

Trattasi di Rosa Ferrante di anni 29 da Carini. Narra che dopo 4 gravidanze e parti normali ebbe un aborto a 3 mesi, seguito da grave metrorragia di lunga durata, dalla quale risente ancora le tristi conseguenze. Rimessa in salute dopo 15 mesi fu gravida di nuovo e si sgravò a fine di gestazione felicemente di un feto

vivo. Durante la lattazione di questo bambino soffrì sempre di purga leucorroica.

Al 13º mese dal parto comparve per la prima volta un leggiero scolo sanguigno dai genitali, che fu creduto un segno mestruale, fenomeno che si rinnovò periodicamente per altri 2 mesi consecutivi. Al 3º mese con un ritardo di 10 giorni si riaffacciò lo scolo sanguigno, ma questa volta oltre ad essere più abbondante, fu preceduto ed accompagnato da doglie uterine con tutti i fenomeni di un aborto. Dopo 36 ore d'inutili tentativi l'inferma fu inviata in Palermo.

L'utero era pieno di una massa spugnosa, della grandezza di una grossa castagna, che estratta fu riconosciuta per placenta infiltrata di sangue nerastro, apoplettica, del peso di 10 grammi. Messo sott'acqua si vedevano da alcuni punti della superficie pendere dei fiocchi assai caratteristici, dei villi del corion.

Subito dopo l'estrazione di questa massa raschiai la cavità uterina e con particolare attenzione la superficie placentale. Il prodotto del raschiamento pesava 6,5 cm., fu messo ad indurire nell'alcool ed osservato al microscopio. La cavità uterina misurava 7,5 m. L'emorragia scomparve completamente, la temperatura del corpo fu sempre normale e la donna guarì rapidamente.

Caso 5.º

Russo Rosalia di anni 28, è ricevuta all'ospedale nell'aprile 1882 per la grave emorragia che l'ha resa esangue. Dalla storia clinica si rileva che l'inferma un anno avanti aveva abortito a 3 mesi, che la secondina era stata espulsa dopo molti giorni e che la perdita del sangue prima e dopo la sua espulsione fu assai considerevole. Come conseguenza dell'aborto pare che sia rimasta una metrite, della quale l'inferma non era completamente guarita quando uscì nuovamente gravida.

Sette giorni prima la sua accettazione all'ospedale era avvenuto un secondo aborto al 4º mese circa di gestazione. La placenta rimasta aderente 3 giorni era stata parzialmente estratta, e l'emorragia d'intensità sempre crescente era sostenuta e provocata dal residuo placentale. La temperatura del corpo fu sempre normale. Esplorando la cavità dell'utero fu trovato ed estratto un piccolo cotiledone placentare del peso di 18 grm. ed in via di decomposizione. La superficie interna dell'utero fu subito dopo

raschiata ed irrigata con acqua fenata. L' inferma migliorò rapidamente e al 6° giorno volle assolutamente lasciare l'ospedale.

L' involuzione dell' utero era bene avviata. La sonda segnava appena 6,5 cm. e allo speculum si constatava un leggiero catarro cervicale.

Caso 6.°

Fallace Maria Rosa è iscritta all'assistenza gratuita a domicilio.

Il dì 8 aprile 1882 è chiamato presso la detta inferma per grave emorragia che dura da 8 giorni il medico condotto, che riconosciutane la causa mi fece invitare per il soccorso d'urgenza.

La donna diceva di aver abortito e che feto e placenta erano stati espulsi. Nella cavità uterina intanto esisteva un piccolo cotiledone placentale che fu estratto con facilità. Ma l' emorragia ad onta di ciò continuò tutto il giorno.

Avvertito del fatto ritornai presso l' inferma provvisto del cucchiaio e dello schizzetto uterino di Braun. — Col raschiamento estrassi dei grossi pezzi placentari e membrane di decidua ispessita a questi fortemente aderente. La massa raschiata pesava 9 grammi, quella estratta colle mani 16 grammi. Nettato il canale del parto, iniettai nella cavità dell' utero del percloruro di ferro e glicerina a parti uguali. L' emorragia scomparve e l' inferma guarì rapidamente. La temperatura fu sempre normale. Nella storia di quest' inferma stavano segnati due altri aborti seguiti da grave metrorragia che la minacciarono gravemente.

Sorretto da queste conoscenze anatomiche e dai risultati clinici surriferiti, mi sentii animato ad estendere l'uso del raschiamento anche a quei casi nei quali malgrado la completa espulsione per opera della natura, malgrado che la cavità uterina fosse rimasta vuota, l'emorragia continuava.

Raschiando infatti in queste condizioni la cavità uterina ho trovato sempre che la curette esportava delle lacinie di tessuto, che osservate al microscopio si rivelavano per residui di tessuto placentare ed elementi di proliferazione deciduale, rimossi i quali scompariva completamente la perdita refrattaria ad ogni altro mezzo terapeutico, comprovando così che essi erano veramente la causa delle ripetute metrorragie.

Che all'espulsione naturale o all'estrazione della secondina sia relativamente frequente l'arresto di elementi deciduali o placen-

tari, lo prova l'esame della placenta espulsa ed estratta dopo l'aborto.

È un reperto, direi ordinario, il trovare la superficie uterina assai scabra, lacerata irregolarmente, separati tra loro i singoli cotiledoni, parzialmente o punto coperti da quella membrana propria che forma una parte dello strato unitivo, e la cui presenza è il segno più sicuro di un distacco placentare completamente avvenuto.

Alla irregolare configurazione della superficie esterna della placenta corrisponde la irregolarità della superficie placentale dell' utero; una superficie scabra, ineguale, lacerata nel punto dove ebbe luogo la separazione artificiale.

Queste irregolarità sono prodotte dai brandelli deciduali rimasti aderenti. Dando uno sguardo alla storia di queste inferme troviamo in tutte la notizia di pregressa malattia uterina e a preferenza la metrite.

Ciò farebbe credere che l' idea del Meckel (1), il quale fa derivare tutte le anormali aderenze da una infiammazione cronica della mucosa dell'utero, non sia del tutto inesatta.

I vasi del corion, secondo il prelodato autore, avrebbero una tessitura più delicata e una predisposizione alle emorragie ed agli essudati; ne nascerebbe quindi una infiltrazione essudativa della decidua e la sua più valida aderenza.

La prima formazione della placenta o per meglio dire il processo di unione dei villi del corion con la decidua parrebbe che abbia un gran significato nell'etiologia dell'aborto.

È stato già ben constatato da un gran numero di osservazioni la connessione tra l'aborto e le anormali aderenze della placenta.

Molte donne che hanno abortito hanno sofferto degli arresti placentari; e viceversa si sono visti una serie di aborti dopo l'arresto della placenta.

Riguardo alle conseguenze degli arresti placentari può ritenersi che i casi nei quali il puerperio decorse felicemente e la placenta fu espulsa dopo un tempo più o meno lungo senza alcun danno per l'ammalata, sono eminentemente rari.

L'esito più frequente è la decomposizione del corpo organico ritenuto con i sintomi e i pericoli a questa legati.

---

(1) *Ueber Euthortung der Placenta-Verbandl. d. Ges. f. Geburtsh in Berlin.* Heft. VII, S. 35.

Già Baudelocque avea fatto l'osservazione che nei resti placentari abortivi, quantunque i primi giorni decorressero senza speciali manifestazioni, al 10º e al 12º giorno in cui l' utero ridotto di volume, accollandosi sul contenuto distacca le aderenze, si affacciano facilmente le emorragie.

Un'altra conseguenza più frequente è l'arresto dei processi regressivi, per i quali si ha il completo ritorno dell'organo gestante allo stato normale.

Alla difettosa involuzione si vede quasi sempre legato il difettoso sviluppo e l'anormale neoformazione della mucosa uterina, che è la vera causa di tutti quei disturbi funzionali, consecutivi agli aborti.

Le coliche, le menorragie, i dolori al sacro, ai lombi, al basso ventre, le pressioni dolorose all'ano, l'arresto all' emissione delle urine, il catarro gastro intestinale, la diminuzione o la scomparsa della secrezione lattea, il movimento febbrile con o senza un processo di decomposizione, l'alterazione del sistema nervoso sono anche le conseguenze più frequenti e più ordinarie.

L'evoluzione locale del processo di decomposizione si esplica nei processi d'infiammazione dell'utero e degli organi vicini, processo di decomposizione da cui spesso ritrae origine l'endometrite e la metrite, la colpite, la peritonite, l' infiammazione purulenta delle vene e dei linfatici uterini, la flegmasia alba dolens, ecc.

A prevenire lo sviluppo di tali tristi effetti mediati ed immediati della ritenzione nell' utero di sostanze in putrefazione, il concetto terapeutico più razionale sarebbe quello basato sopra un metodo preventivo o di pronta eliminazione della sostanza putrescibile.

Un principio generale stabilito per casi pratici diversi e complicati è sempre una cosa azzardata, quanto a questo principio generale debba applicarsi un determinato metodo terapeutico.

Ma un principio generale basato su condizioni anatomiche costanti ha condotto sempre alle più utili applicazioni pratiche.

La considerazione del nostro soggetto sotto il solo punto di vista terapeutico, non collegato alle cognizioni scientifiche sulle condizioni fisio-patologiche, sull' etiologia, sugli effetti, sugli esiti, ecc., condusse alla lunga ed oziosa disputa tra i partigiani del metodo così detto attivo e quello passivo.

Gli antichi, come si rileva dallo sviluppo storico della dottrina sulla ritenzione placentare, non si occuparono che dal lato pura-

mente pratico, e bisogna rimontare fino a Rösslin, 1513, per trovare qualche cenno sulla sede e struttura della placenta.

Aristotile accennò all'unione della placenta coll'utero, ma la sua descrizione non interessò gli autori di quel tempo, che presero nota solo delle condizioni patologiche del 3° periodo del parto.

Ippocrate ascriveva all'abuso del caldo e del freddo al prematuro distacco del cordone ombelicale l'arresto della placenta; ed Aetius di Amida aggiungeva a queste cause l'infiammazione dell'orificio esterno dell'utero.

L'introduzione della mano nell'utero fu da Ippocrate permessa dopo che l'uso degli altri mezzi era riuscito infruttuoso. Celso, Sorano di Efeso, Aetio di Emida danno il consiglio d'Ippocrate coll'aggiunta di estrarre la placenta appena gli altri mezzi non abbiano condotto allo scopo.

Le ritenzioni placentari non erano del resto molto tenute dai medici di questo tempo.

La scuola degli arabi non offre nulla di nuovo al nostro soggetto. Essi seguirono i vecchi maestri, ai quali si ascrivono i precetti più ridicoli ed anche dannosi, che si tramandarono per tradizione e che circolano tuttavia fra le altre strane credenze nelle classi sociali basse.

Nel secolo XVI la struttura della placenta cominciò ad attirare l'attenzione degli anatomisti, e la sua ritenzione non fu più creduta un lieve accidente dagli ostetricanti di quest'epoca.

Rösslin temeva la debolezza mortale, la paralisi uterina, la respirazione difficile e la morte per soffocazione, se la donna non secondasse subito.

Bougeois avea speciale paura delle emorragie e ricorda esempi di donne che per esse morirono. Charles di St. Germain riferiva alla ritenzione la completa soppressione dei lochii, i dolori al basso ventre, le flogosi dell'utero.

Per questi timori, come a scongiurare questi accidenti, il trattamento del periodo del secondamento generale era assai attivo. La maggior parte dei medici ostetrici eminenti, Ambrogio Pareo, Rodericus a Castro, Scipione Mercurio raccomandavano la estrazione della placenta prima di legare e tagliare il cordone ombelicale. Mauriceau considerava la placenta come un corpo inutile e inopportuno che si deve togliere subito dopo il parto, e Cornelio di Solingen, Deventer, Peu, ne predicavano la immediata estrazione.

Più attivo ancora, e direi in modo estremo, fu il metodo promulgato da Borbette in Inghilterra, da Jvon Hoorn in Svezia, da Muralt in Svizzera.

Meno attivo era il procedimento che si seguiva negli aborti.

Mauriceau dichiarava di lasciare volentieri alla natura l'espulsione delle parti placentari, se avesse dovuto impiegare per estrarle molta violenza; e Peu dava come regola dopo l'uscita di un feto putrefatto, di lasciare che uscisse la placenta col flusso lochiale, quando non era facile di estrarla.

Nel secolo XVIII fino al principio del secolo XIX prevalse negli aborti il precetto di un trattamento passivo, Ruisch, Levret, Bandelocque, le più grandi personalità di questo periodo, si dichiararono apertamente contrarii all' intervento se l' orificio uterino era chiuso.

Il solo De Lamotte era quello che vagheggiava un metodo più attivo, raccomandando l'introduzione della mano o di un dito nell'utero per distruggere le forti aderenze e portar via i resti placentari distaccati.

Furono a questo tempo ideati e costruiti tutti quei strumenti destinati ad estrarre il corpo placentare rimasto aderente all'utero. Burton ci dà la descrizione di uno strumento che finisce con quattro uncini; Levret fece costruire la pinzetta che porta il suo nome, Stark il suo cucchiaio di estrazione, ecc.

Questo trattamento della ritenzione placentare direi aspettante ha trovato fino ai giorni nostri un gran numero di partigiani.

Le conoscenze più esatte della struttura dello strato unitivo della decidua nei diversi mesi di gravidanza, della relazione dei vasi utero-placentari, del meccanismo del suo normale distacco; le conoscenze di tutte le cause di anormale aderenza, delle circostanze speciali che predispongono alle emorragie ed alla setticemia, ecc., getterebbero in questo studio un torrente di luce capace di ricondurre la terapia sopra una base veramente scientifica. La ricerca di queste condizioni sarebbe eminentemente utilizzata al trattamento pratico, che malgrado le lunghe polemiche può ancora riguardarsi come assolutamente empirico.

Gli esperimenti sulle cagne e le osservazioni cliniche qui riferite provano ad evidenza che nell'espulsione di un uovo dei primi mesi coll'andamento più favorevole la decidua spesso non viene espulsa coll'uovo; restano pezzi più o meno piccoli, i veri resti placentari, attaccati agli strati inferiori dell'endometrio, che im-

pediscono per la loro presenza il rapido sviluppo di una mucosa sana.

Che questo sia il fatto ordinario, specialmente negli aborti dal 3º-4º mese, si deduce anche dalle manifestazioni costanti di flussi più o meno abbondanti e mestruazioni profuse, che sono riguardate come inevitabili dopo gli aborti e che non sono altra cosa, che la conseguenza diretta del processo di esfogliazione degli strati della decidua incompletamente espulse.

I casi nei quali l'espulsione dell'uovo è completa e la cavità uterina resta vuota sono rari, e formano, direi quasi, l'eccezione alla regola generale, sono forse i soli pochi che incoraggiano a *laissez faire*. D'altra parte, come abbiamo testè osservato, lo sviluppo della nuova mucosa sotto l'influenza della eliminazione di una sostanza in putrescenza, non può essere rigogliosa, la neoformazione non può essere completa.

Or se le conseguenze mediate ed immediate dei resti placentari sono tanto più gravi e profonde quanto più lunga fu la loro dimora nella cavità dell'utero, quanto più imperfetta la rigenerazione del rivestimento dell'endometrio; se la subinvoluzione è tanto più marcata, le metrorragie consecutive tanto più pericolose, le flogosi pelviche, la sterilità e la cloro-anemia tanto più frequenti, quanto più lento ed incompleto fu il processo della neoplasia mucosa, una terapia aspettante debba essere a priori esclusa, non essendo per lo meno giustificata dalle più ovvie conoscenze scientifiche odierne.

Se i resti placentari agiscono sfavorevolmente sulla nuova formazione, se questa imperfettamente rigenerata dà origine a molti processi morbosi, che si deplorano assai di frequente dopo un aborto, specialmente trascurato, l'indicazione più razionale è di rimuovere al più presto possibile il corpo estraneo dell'utero per favorire il processo di riparazione.

I nostri mezzi devono essere impiegati ad accelerare il lavoro fisio-patologico che tende a ripristinare l'organo nelle condizioni normali, distruggendo quelle cause che sono capaci ad arrestarlo nel suo cammino.

Contrapponendo il risultato dei casi trattati col metodo aspettante, tamponamento vaginale, bagnatura fredda, segale ed orgotina, con quello di altri trattati con un metodo attivo, la diversità nelle conseguenze è tale che io non ho alcun dubbio a dichiararmi favorevole al pronto intervento.

Non ho avuto mai occasione a dolermi del metodo da me usato in questi ultimi tempi e che consiste nel pronto nettamento dell'utero.

Quando, uscito il feto, tarda l'espulsione della secondina, o quando espulsa la placenta sopraggiungono frequenti e ripetute emorragie, qualunque sia il grado di dilatazione e di dilatabilità del collo, passo immediatamente all'estrazione manuale della massa placentare e al raschiamento della cavità uterina colla curette, e nel secondo caso al solo raschiamento.

Se le pareti del ventre sono lasse e cedevoli, la paziente poco sensibile e il canale cervicale sufficientemente dilatato, l'operazione viene eseguita senza l'anestesia; in condizioni opposte una leggiera inalazione di etere solforico serve bene a rendere più facile la manovra.

Adagiata l'inferma sul decubito dorsale, con le cosce fortemente flesse sull'addome, dopo avere vuotato la vescica orinaria e nettata la vagina con soluzione fenica al 2 %, spingo con una mano posta all'ipogastrio il corpo dell'utero in basso e tendo di far penetrare l'indice, o indice e medio, dell'altra mano nella cavità uterina.

Essendo ancora aderente la placenta o parte di essa, cerca con movimento di va e vieni del dito esploratore di distaccarla e di estrarla uncinandola.

La facilità o difficoltà del distacco o dell'estrazione dipende dal grado di aderenze, come dal grado di dilatazione e di dilatabilità della cervice. Se le aderenze sono molto valide si vince ogni difficoltà colla persistenza nella manovra che del resto debba essere sempre dolce e moderata. La violenza non conduce spesso allo scopo, nè ci garantisce da certi accidenti che possono riuscire alla paziente talvolta fatali. Distaccata la massa e uncinatala col dito si estrae intiera o a pezzi. Resta una superficie scabra, vellutata nel punto da essa occupata. Tenuto sempre fisso l'utero in basso, previa levatura della cavità uterina con acqua fenicata, introduco nell'orificio uterino una sottile curette a manico lungo e la dirigo verso la superfice placentare che raschio ripetute volte e ne estraggo il prodotto.

Ripeto così la manovra dirigendo in ultimo i margini del cucchiaio su tutti i punti della cavità, fino a che il cucchiaio non trasporti più nulla. Lavo di nuovo la cavità uterina e v'injetto in ultimo collo schizzetto di Braun una leggiera soluzione astrin-

gente al percloruro di ferro. L'inferma è trasportata nel suo letto e tenuta in riposo.

Lo stesso metodo uso nelle metrorragie, anche lievi, le quali non infrequentemente succedono all'espulsione della placenta.

Raschiare sistematicamente la cavità uterina per estrarre i resti placentari, che sono il postumo ordinario nell'aborto, costituisce, secondo io penso, la vera profilassi di quei gravi accidenti che abbiamo deplorato. La cura consecutiva è delle più semplici.

Il riposo a letto, le irrigazioni fenate vaginali una o due volte nelle 24 ore, la vescica con ghiaccio a permanenza nei primi due giorni e una dieta tenue sono le sole necessarie precauzioni.

La guarigione è rapidissima. Cessa d'un tratto lo scolo sanguigno, e si modifica sensibilmente la secrezione uterina, se era divenuta guasta e puzzolente. L'involuzione si compie nel modo più completo e le donne dopo pochi giorni riacquistano la più perfetta salute. — Questo piano di cura che io propongo sia elevato a sistema, non incontrerà forse le simpatie di molti che non l'hanno ancora sperimentato.

La scuola a cui appartengo, rappresentata dal Morisani, accoglierà per lo meno con riserbo le mie idee, che però sono la diretta conseguenza di esperimenti e di osservazioni cliniche.

Le dottrine del mio illustre maestro, che tanto stimo, le quali in massima si avvicinano al metodo aspettante, me lo lasciano supporre.

E qui mi piace riferire qualche paragrafo che traggo dalle appendici del sullodato professore alla traduzione del Braun, dove si rivelano le sue opinioni in proposito.

« La estrazione poi artificiale della placenta, egli scrive, affine di far cessare la emorragia e di sbarazzare la matrice da sostanza in via di decomposizione non può essere compiuta in certe condizioni. Adoperate intempestivamente e con violenza queste manovre con la mano o con gli strumenti sono piene di pericoli ed hanno *in generale un campo molto limitato di azione.* È necessario che il collo sia *completamente dilatato o almeno molto cedevole,* e che la massima parte del corpo che si vuole estrarre sia già impegnata nel collo medesimo della matrice, in guisa che si giudichi poterla portar via completamente. Lo strappamento parziale reca più nocumento che utile, avvegnacchè le porzioni dell'uovo insinuate e prementi sull'orificio interno sono un mezzo

valevole ad eccitare le contrazioni uterine e a favorire la espulsione di *tutti i corpi estranei* contenuti nella cavità. Allo strappamento parziale seguirebbe certamente il ritorno del collo sopra sè stesso, la chiusura più o meno completa dell'orificio e interno e la impossibilità di estrarre le porzioni rimaste nella cavità uterina. »

E poi soggiunge:

« Ma certe volte le aderenze sono molto tenaci, la estrazione riesce molto difficile e stentata, *val meglio desistere dalla manovra, applicar lo zaffo ed amministrare ove si creda la segale o la ergotina.*

« Ostinandosi ad operare si lascerebbero facilmente nell'utero alcune parti residuali, la cui estrazione presenta difficoltà molto maggiore, mentre adoperando il turacciolo dopo alquante ore si troverà l'uovo cacciato fuori interamente. In quanto agli uncini, alle pinzette ed altri simili strumenti inventati dagli ostetrici e destinati a sostituirsi alle dita, non vi abbiamo molta fiducia, sovente non si riesce e qualche volta ne seguono inconvenienti più o meno gravi.

« I residui dell'uovo o le secondine rimaste nella cavità della matrice sovente si decompongono e si putrefanno, dando luogo a scoli lochiali fetidi e a fenomeni setticemici generali. Oltre il trattamento antisettico generale il mezzo più utile ed efficace in queste circostanze è la iniezione endouterina. »

Da parte mia non ho trovato mai un ostacolo veramente valido nel collo per l'introduzione del dito nella cavità uterina.

Tenuto fisso il corpo, il dito con mediocre pressione arriva sempre a vincere la resistenza che offrono le fibre circolari del collo.

Del resto l'incisione della cervice alla Schroeder che qualche volta ho eseguito per altro scopo, è un mezzo innocuo per aprirci un passaggio alla cavità dell'utero.

Si potrebbe solo obiettare che il dito che ha servito al distacco della placenta, possa essere adoperato al raschiamento dei resti placentari, essendo precetto di chirurgia, che là dove il senso del tatto basti per una manovra debba questa preferirsi ad ogni congegno strumentale; però, come dirò in seguito, l'obbiezione riesce di poco valore.

Frequentemente nella profonda narcosi, quando l'aborto è avvenuto verso il 5º o 6º mese (raramente a gravidanza più recente) si perviene ad allontanare colle mani tutti i resti placentari.

Ma la sicurezza del senso del tatto, come conosce ogni osservatore, diminuisce di settimana in settimana dopo l'aborto, e dal 4º mese in sotto, la chiarezza, se ciò che tocca il dito sia resto dell'uovo o mucosa, diminuisce sempre più. Questo fatto ha la sua speciale ragione nel diverso grado di resistenza che offrono i diversi strati della decidua.

L'inganno a cui è esposto il dito esploratore, cioè raschiante, proviene da ciò che esso può rimuovere parzialmente la riflessa, che facilmente si distacca dalla dedidua vera fortemente aderente alla parete uterina e allora l'esploratore resta nell'incertezza se ciò che egli ancor sente sia decidua reflessa o vera, o strato muscolare.

Colla curette si può staccare anche quella parte di decidua che deve restare attaccata all'utero; ma anche il dito non trova alcuna guida per preservarla dal grattamento; del resto la completa rimozione di tutta la decidua è legata a minori pericoli che la ritenzione della massima parte di essa.

A ciò possiamo aggiungere che con la curette si arriva benissimo ad estrarre in unica seduta i resti placentari che sogliono d'ordinario rimanere dopo ogni distacco manuale della placenta, come è stato avanti osservato nei casi clinici.

Si toglie così l'impossibilità che si è voluto osservare ad estrarre le porzioni rimaste nella cavità uterina dopo il parziale distacco della placenta. Che se l'uovo è stato espulso da qualche tempo se la dilatabilità della cervice non permette l'introduzione di una o due dita si può scongiurare ogni difficoltà per l'estrazione dei resti placentari armando la mano con questo strumento, il quale eliminando tutto il patologico, non maltratta il tessuto sano e lo attacca col minor danno possibile. Non posso nemmeno accettare che quando le aderenze sono molto tenaci *val meglio desistere dalla manovra ed applicare lo zaffo.* — Io non conosco aderenza che possa resistere alle trazioni della curette; prova ne sia il distacco relativamente facile di pezzetti cordiformi di una certa grossezza che fanno parte del prodotto del raschiamento nell'inferma Meria Cotone, caso 3.º

Siamo con ciò completamente sicuri che dopo un accurato ra-

schiamento non sia rimasta nell' utero alcuna parte residuale, come d'ordinario avviene, contrariamente a ciò che altri ne pensa dopo l' impiego del tamponamento.

Sicchè io ardisco asserire che in ogni aborto essendo ordinario l'arresto della decidua, sopraggiungendo le metrorragie, specialmente dal 3º mese in poi, debba impiegarsi la curette e il raschiamento, e che nell'arresto della placenta questo metodo è di rigore dopo l'estrazione manuale della massa; giacchè con le dita non si perviene ad allontanare i resti deciduali, nè il senso del tatto è sufficiente a farci conoscere che essi siano stati tutti rimossi.

Dal confronto dei risultati di questo metodo coi risultati degli altri svariati mezzi di trattamento locale e generale finora tentati si vedrà chiaramente quale sia quello da preferire.

Ogni ostetrico conosce per propria esperienza, in un numero di casi assolutamente non piccolo, che le iniezioni vaginali ed astringenti e disinfettanti, la segale a grandi dosi, il ghiaccio a permanenza, il tamponamento vaginale ripetuto non sono che mezzi insicuri ad arrestare una metrorragia, che sia sostenuta dal corpo estraneo dell'utero.

Nè è sempre facile, senza dire, che qualche volta s' incontra insuperabile difficoltà a far penetrare una cannula nel cavo uterino per farvi iniezioni detergive ed antisettiche, e si è ridotti ad aspettare, *tranquillamente o non,* la espulsione spontanea delle materie putride derivanti dalla decomposizione delle secondine.

A quanti pericoli sia legato questo naturale processo di eliminazione, quanti processi morbosi ne riconoscono l'origine, è stato già abbastanza ricordato.

Che se le inferme guariscono dopo lunga convalescenza, i ripetuti aborti consecutivi, le malattie dell'endometrio più o meno gravi, la cloro-anemia e la sterilità sono la traccia indelebile di una terapia difettosa.

Il gran vantaggio che offre il metodo del raschiamento, è di pulire l' utero con una leggiera manovra operativa del tutto sicura, o almeno non più pericolosa delle iniezioni e causticazioni endouterine, di rimuovere in pochi minuti ciò che, per eliminare, la natura ha bisogno spesso di settimane e mesi.

Ciò su cui concordo col mio venerato maestro, è in quel che riguarda l'uso di quegli strumenti a forma di pinzette od uncini che di tempo in tempo sono stati inventati per l' estrazione di

resti placentari; strumenti che se spesso sono insufficienti, molte volte riescono dannosi.

I turaccioli di fila spinti nella cavità cervicale (Jacquemier), la dilatazione del collo uterino colla spugna preparata o col dilatatore di Fornier (Guéniot) che potrebbero servire in mancanza di altri mezzi migliori, hanno lo stesso valore dello zaffo e racchiudono gli stessi pericoli, in special modo se siano sopravvenuti fatti infiammatorii acuti dell'utero, degli annessi o del peritoneo pelvico.

Il raschiamento della cavità uterina può anche considerarsi come mezzo profilattico, preventivo della prematura espulsione del prodotto.

Una serie di aborti succedentisi ad intervalli più o meno brevi possono al certo riconoscere per causa il processo di neoformazione della mucosa sfavorevolmente influenzato dal corpo in decomposizione, o la metrite interna che ne è l'effetto più ordinario.

Egli è certo che spesso la cura più efficace perchè una gestazione compia regolarmente i suoi periodi nelle donne, presso le quali l'aborto si sia reso abituale, è il lungo riposo dell'organo la sospensione del coito per parecchi anni, con che si dà tempo all'organo di preparare all'ovicino fecondato un letto più adatto.

Sbarazzando l'utero al più presto possibile si toglie alla mucosa che si rigenera la causa prossima ad ammalarsi, e si favorisce il ritorno più completo dell'organo allo stato sano, così che se altre cause estrinseche non esistono, potremo esser sicuri che una nuova gravidanza possa svolgersi regolarmente.

Le conclusioni che potrebbero tirarsi quindi da queste osservazioni sono:

1.º Che in ogni aborto resta aderente tutta o parte della membrana deciduale à cui segue ripetuta e prolungata metrorragia.

2.º Che nel processo di esfogliazione di questa membrana possono avvenire lunghe e profuse emorragie.

3.º Che le malattie gravi acute e croniche o una serie di aborti traggono origine dalla decomposizione e dalla lenta espulsione dei resti placentari.

4.º Che il processo naturale di eliminazione di questi resti è legato a molti pericoli se l'arte non interviene.

5.º Che un metodo terapeutico aspettante e puramente sintomatico, mentre è insufficiente a promuovere l'espulsione del corpo rimasto nella cavità dell'utero, non è scevro di pericoli.

6.º Che all'espulsione della placenta sopraggiungendo ripetute metrorragie, come in ogni arresto placentare, si debba agire attivamente per nettare al più presto la cavità dell'utero.

7.º Che il mezzo più pronto e più innocuo per il pronto nettamento dell' utero è il raschiamento della cavità col cucchiaio.

8.º Che l'uso di questo metodo debba elevarsi a sistema in ogni arresto placentare.

9.º Che il raschiamento può essere un mezzo profilattico dell'aborto e che esso è tanto innocuo, quanto la comune iniezione endouterina.

CLINICA OSTETRICA DELLA R. UNIVERSITA' DI SASSARI

LA MALARIA
IN RAPPORTO COLLO STATO DI MATERNITÀ

LEZIONE

del Prof. **LUIGI MANGIAGALLI**

SIGNORI!

L'argomento che verrò svolgendo oltre alla sua importanza intrinseca avrà pure il merito dell'opportunità. Non havvi dubbio che l'isola vostra rallegrata da un cielo splendido e dal sorriso di una natura lussurreggiante sia qua e là flagellata dalla malaria. Triste parola questa per tutta l'Italia nostra che vede dalla malaria sminuito il vigore degli abitanti di vaste regioni già ricche e popolatissime, che vede dalla malaria turbate le forze economiche di paesi ubertosissimi un tempo. Ai problemi che essa affaccia al patologo che ne indaga le cause, al clinico medico che ne riconosce le manifestazioni sintomatiche e le combatte, all'igienista che ne studia i rimedii profilattici, all'uomo di stato che calcola i modi molteplici per cui ne viene danno alla prosperità nazionale, bisogna aggiungere quelli che l'ostetrico deve procurare di risolvere quando segue la donna nello svolgersi della sua più importante funzione, quella della maternità.

Un caso osservato in questi giorni fuori della Clinica mi porge occasione a questa conferenza nella quale verrò tratteggiando l'argomento della malaria in rapporto colla gravidanza, col parto

e col puerperio. Alcuni di voi conoscono già il caso clinico in questione perchè invitati da me a seguirlo nelle sue diverse fasi, onde procurare di accrescere lo scarso materiale clinico con quanto ci può venire offerto dal di fuori. Riferirò le cose principali giovandomi della storia clinica redatta diligentemente dal vostro condiscepolo, il signor Falchi. Si tratta di una IIpara di anni 38. Il primo parto fu spontaneo e facile. Nel corso della seconda gravidanza ebbe lieve emorragia dal pudendo nel mese di agosto, del resto nessuna malattia e neppure sintomi che alludessero ad infezione malarica, che essa aveva però sofferto ripetutamente prima della gravidanza. Io la vidi la prima volta il 22 febbraio poco prima di mezzogiorno. Il parto, spontaneo, facile, rapido era avvenuto alcuni giorni prima. Al momento del mio ingresso nella camera della paziente, il *gravis odor puerperii*, che oggidì va pure scomparendo dalle sale di maternità tenute colle dovute norme profilattiche, mi fece tosto avvisato come a quel puerperio non presiedesse l'igiene che in questi casi molte volte non è che nettezza. Esaminata la puerpera, ne ebbi la certezza: gli indumenti erano imbrattati di sangue, i panniccelli inzuppati fradici di lochi fetenti che bagnavano i genitali esterni e la parte superiore interna delle coscie. La paziente era in preda ad una febbre violentissima che al tatto poteva credersi oltrepassasse i 40°, l'addome alquanto disteso, meteoritico, era dolente spontaneamente, sensibilissimo poi alla pressione: l'utero era floscio, difficilmente limitabile, spremendo su di esso usciva dalla vagina qualche piccolo grumo sanguigno. L'esame generale della donna non ci rilevava che lieve catarro bronchiale ed una tumidezza della milza la quale non oltrepassava il margine costale ma si estendeva alquanto nel suo diametro trasversale.

In quella stessa visita il giudizio da me recato fu di setticemia puerperale. Noi avevamo una elevazione termica notevole, questa elevazione termica era stata preceduta da brivido, vi erano antecedenze febbrili, i lochi erano fetenti, avevasi infine un certo grado di risentimento peritoneale. I sintomi potevano giustificare la diagnosi: ad ogni modo quella espressione era monca dal punto di vista clinica. Ebbi già occasione di accennare come la setticemia puerperale conti molteplici distinzioni in parte anatomiche, in parte cliniche. In questo caso la donna era multipara, il parto era stato rapidissimo, non eravi alcuna lesione dei genitali esterni: era poco probabile che vi fosse stato *un vero e pro-*

prio innesto di qualche virus, mi pareva più verosimile l'ipotesi che si trattasse invece di una infezione dei secreti vaginali ed uterini, dai quali poi l'organismo poteva essere stato affetto per quella larga superficie assorbente rappresentata dalla faccia uterina interna. Consigliai l'uso del chinino e le frequenti irrigazioni vaginali di soluzione fenica al 2 per cento. La soluzione doveva essere calda, copiosa, iniettata con certa forza: le iniezioni vaginali in puerperio non lavano via soltanto i secreti contenuti in vagina ma hanno anche un'azione dinamica per cui l'utero è indotto a contrarsi e dalla sua contrazione vengono cacciati anche i secreti raccolti nella sua cavità. Quest'azione dinamica era tanto più a ricercarsi in questo caso poichè si aveva un utero floscio, renitente a contrarsi ed a mantenersi contratto ed in esso erano probabilmente ancora contenuti alcuni grumi sanguigni. Occorrendo mi riservavo in seguito di fare una generosa irrigazione endouterina coll'apparecchio di Esmarch, recente acquisto della clinica e mediante il quale si ha la sicurezza di escludere l'aria dal liquido iniettato. Uno di voi mi ha chiesto se in questo caso non sarebbe stata indicata l'amministrazione della segale cornuta e la mia risposta fu negativa, vuoi nella previsione di dovere praticare una irrigazione endouterina che sarebbe stata difficoltata se colla segale avessimo indotto uno stato di contrazione più o meno esagerata anche nelle fibre del collo, vuoi nel sospetto in cui eravamo della presenza nella cavità uterina di grumi sanguigni che sarebbero stati imprigionati in essa per la stessa causa, vuoi infine perchè mi ripromettevo dalle irrigazioni vaginali frequentemente ripetute *ed in quel dato modo* gli stessi vantaggi senza i temuti inconvenienti. Oltre alle accennate prescrizioni, contro la dolorabilità addominale venne consigliata un'applicazione locale di olio essenziale di terebentina. La temperatura che a mezzo giorno mi pareva al tatto oltrepassare i 40°, misurata col termometro alle 4 pom. misurava i 40,1°.

Alle 6 dello stesso giorno un brivido violento che dura mezz'ora, scolo di sangue dai genitali, temperatura, come potete immaginarvi, sempre elevata, indi traspirazione abbondantissima verso le 8 e scomparsa dei dolori all'ipogastrio nonchè alla spalla sinistra dove qualche tempo prima del brivido accusava pure un dolore. È a quest'ora che la paziente prende un grammo di bisolfato di chinina. I sudori continuano buona parte della notte. La mattina del 23 febbraio abbiamo l'apiressia, che si mantiene

poi per tutta la giornata: ciò nulla ostante alle 8 ant. di detto giorno noi abbiamo amministrato ancora un grammo di chinina, continuando colle lavature vaginali. Il giorno 24 si prescrive un po' di cloralio con laudano a sedare l'inquietitudine della paziente, si continua nelle irrigazioni vaginali ma si sospende il chinino poichè la temperatura che al mattino è 37, a mezzogiorno ancora 37, alla sera non è che 37,8°.

A questo punto i fatti meritavano un po' di analisi ed un esame accurato: alcuni quesiti si affacciavano alla mia mente ed io dovevo procurare di cercare ad essi una soluzione soddisfacente. Quel decorso, devo confessarlo, mi aveva sorpreso; la donna aveva avuto indubbiamente due brividi, il secondo quello presenziato da me, entrambi accompagnati e seguiti da temperatura molto elevata, e poche ore dopo l'ultimo brivido si aveva l'apiressia, e l'apiressia si manteneva costante da due giorni. Il miracolo l'aveva fatto il chinino, l'avevano fatto le irrigazioni vaginali, l'aveva fatto la sapiente natura? Non vi nascondo il mio scetticismo, il dubbio m'invadeva ad ognuna di quelle dimande. Il chinino? Ma nei processi settici una lunga esperienza mia ed altrui mi aveva appreso a non collocare una grande e neppure una mediocre fiducia in esso considerato come mezzo per vincerli e domarli. — Col chinino a dosi molto elevate si riesce qualche rara volta anche nella setticemia puerperale ad avere una notevole diminuzione di temperatura, ma questa, accompagnata che sia ovvero no da fenomeni più o meno accentuati di colasso, è affatto transitoria ed anche ottenendo l'apiressia noi vediamo poco tempo dopo la febbre riprendere il suo corso ascendente. Le irrigazioni vaginali? Ammettiamo pure che esse abbiano agito egregiamente in modo dinamico provocando la contrazione dell'utero e la espulsione dei secreti infetti e decomposti. Ma dobbiamo, possiamo noi ritenerle come causa adeguata a spiegare l'effetto ottenuto mentre era logico il supporre che al punto in cui si era il quid infettante avesse già penetrato i tramiti uterini, avesse già invaso l'organismo, come ne faceva fede il decorso antecedente? Era infine la sapiente natura? Nei processi settici puerperali e lievi e gravi è possibile la guarigione spontanea, ma quella defervescenza *critica*, per quanto possibile, quel mantenersi per due giorni dell'apiressia non cessavano punto per me di essere oggetto di sorpresa ove si fosse trattato realmente di un processo settico grave e quello da noi

osservato aveva tutte le apparenze della gravezza. La natura di solito porta alla guarigione per una via diversa: la lotta impegnata fra organismo e virus settico è più o meno lunga, vi sono delle altalene in cui l'organismo pare a volta a volta soccombere o trionfare nella lotta, questo virus viene a poco a poco reso inerte od eliminato e solo allora noi possiamo dire che la setticemia è spenta. — Erano questi i dubbii, erano queste le considerazioni che si affacciavano alla mia mente il 24 febbraio. Il giorno successivo alle 9 ant. nuovo brivido violento che dura 3/4 d'ora, elevazione termica a 40,3°, cefalea, nuovamente dolori ipogastrici e nuovamente all'insorgenza del brivido uscita abbondante di sangue dall'utero. Era il fac-simile, era la riproduzione precisa, identica dei fenomeni osservati 3 giorni innanzi. I dubbii allora cominciarono a prender corpo, cominciarono a formularsi in una domanda concreta. Trattavasi forse di una infezione malarica? E come corollario di questa dimanda avremo noi di nuovo l'apiressia la sera stessa od il mattino successivo? Per tutto quel giorno si osservò una discesa graduata e regolare della temperatura, la quale alle 4 pom. misurava 39,8°, alle 7 39,2°, alle 10 pom. 38,7°. La mattina del 16 la temperatura era 37,5°. Il dubbio era divenuto per me una convinzione clinica, e quando una convinzione è penetrata nella mente del pratico, questi deve agire a seconda di essa. Non poteva perciò accarezzare l'idea di sottoporla al crogiuolo di una nuova prova, di una nuova dimostrazione aspettando ad amministrare il chinino. Questo prescritto già al declinare dell'accesso venne poi amministrato per due giorni successivi nei modi consueti che l'arte addita e l'apiressia d'allora in poi fu costante e la donna potè considerarsi come guarita.

In puerperio la diagnosi fra setticemia ed infezione malarica non è sempre facile, qualche volta anzi le difficoltà sono gravissime, quasi insuperabili. Se si tratta di una puerpera in cui non esistono lesioni esterne, nè sieno presenti fenomeni tali da sospettare od affermare una decomposizione dei secreti uterini, se d'altra parte si presenta con un dato tipo regolare perfettamente periodico, allora la distinzione sarà facile. Ma supponiamo invece che i genitali esterni sieno sede di lesioni e queste sieno ricoperte di placche giallastre micotiche, ovvero che i lochi sieno fetenti e che la febbre sia remittente o sub-continua con brividi più o meno numerosi e la milza sia tumida, quale sarà la stella polare

che ci guiderà sicuramente in porto? Quali saranno i criterii diagnostici differenziali a cui noi potremo appigliarci? — I risultati del trattamento potranno fornirci ancora i migliori criterii diagnostici, ma non è neppure a nascondere che qualche volta il chinino può riuscire infruttuoso nella infezione malarica grave e qualche volta può darsi ancora che l'infezione malarica chiami in scena la setticemia e decorra poi frammischiata con essa. Noi non abbiamo ancora uno studio completo sull'influenza che la temperatura elevata esercita per sè sull'andamento delle ferite. Certo è che la febbre non può essere favorevole all'andamento di esse, certo è altresì che essa fornisce una delle condizioni fisiche per una più rapida decomposizione dei secreti organici. Nel caso nostro a ciascun brivido si produsse una emorragia uterina: senza qui tentare una spiegazione fisiologica del brivido, dato il contrasto evidente che all'atto di questo noi abbiamo tra circolazione periferica e circolazione centrale, voi troverete in esso la ragione sufficiente a spiegare la congestione di taluni organi. Siccome poi nei primi giorni di puerperio la superficie uterina è rivestita da una mucosa sfaldata e presenta delle numerose boccuccie vasali otturate da trombi di recente formazione, chi non vede che un lieve aumento di pressione sanguigna può dare origine ad una emorragia? E chi non vede, io aggiungo, la possibilità che alcuni grumi soffermatisi nella cavità uterina, per la loro successiva decomposizione, possano fornire la *materia peccans* per ingenerare una setticemia la quale dia poi la mano alla infezione malarica e con essa s'intrecci mascherandone o rendendone meno schiette le manifestazioni?

A dimostrarvi quanto in alcuni casi sia difficile in puerperio la diagnosi differenziale tra infezione malarica e setticemia vi citerò il seguente caso che mi venne fatto di leggere in questi giorni in uno dei migliori giornali di ostetricia, l'*American Journal of Obstetrics*. E volontieri lo cito perchè la casuistica fissando l'attenzione del pratico su fatti speciali riesce utilissima e lascia nello stesso tempo impressioni durevoli. Il fatto fu osservato in Nuova York e due uomini di grandissima notorietà e vastissima esperienza, il Gaillard Thomas ed il Fordyce Barker non si trovarono concordi nello stesso concetto diagnostico. E a dire il vero dopo la lettura attenta del caso io non saprei decidermi a mettermi coll'uno o coll'altro. Qualunque sarà la vostra convinzione in proposito ciò basterà a dimostrare però come il problema

possa realmente presentarsi nella pratica e come il pratico debba affrontarlo nell'interesse della paziente a cui prodiga le sue cure. Il Dott. Mundè è chiamato ad assistere una donna in travaglio abortivo con ritenzione della placenta; 24 ore dopo l' espulsione del feto la paziente era stata presa da un brivido che si ripetè il giorno successivo un'ora prima dell'arrivo del medico: la temperatura era elevatissima, il polso a 150, il sensorio alquanto attutito, la paziente aveva vissuto fino quasi al momento del parto in un distretto malarico senza aver mai presentato però fenomeni spiccati e decisi di infezione malarica. Eravi infine mancanza assoluta di ogni segno di decomposizione degli annessi fetali. Ad ogni modo gli si presentava l' indicazione evidente di estrarre la placenta. Gaillard Thomas chiamato contemporaneamente esprime il concetto di setticemia e conviene sulla indicazione. La placenta venne estratta, la cavità uterina irrigata con una soluzione fenica, la temperatura decresce ma temporariamente. Il secondo giorno compare una tumefazione dell' articolazione radio-carpica di destra, il che sembra confermare la diagnosi di setticemia. Il 4° giorno chiamato il Fordyce Barker come consulente addizionale, enuncia il giudizio di malaria complicata da reumatismo articolare. L' ammalata guarisce benchè l'artrite fosse passata a suppurazione. La diagnosi ultima aveva per fondamento il fatto della residenza della paziente in un distretto in cui la malaria infieriva, l' occorrenza di un brivido soltanto 24 ore dopo l'aborto, la mancanza di segni di decomposizione delle secondine ritenute.

Era setticemia, era infezione malarica? Pur confessando come molte di quelle ragioni mi sembrino oppugnabili io non voglio certo entrar terzo nella questione, poichè in ogni modo ne risulta a sufficienza l' importanza per il pratico di tener almeno presente la possibilità che l'infezione malarica in puerperio simuli l'andamento di una setticemia. Ed ora torniamo al nostro caso, nel quale è mia convinzione clinica ben stabilita si trattasse veramente d'infezione malarica e che io non abbia ceduto ad idee preconcette lo dimostra il fatto che il mio primo diagnostico fu di setticemia e non fu che l' osservazione spassionata del decorso successivo che venne a modificarlo. Esso mi offrirà occasione a studiare alcune questioni di non poco interesse. L' infezione malarica può colpire una puerpera in modo primitivo, ovvero può trovare nel parto e nel puerperio stesso un' occasione

per recidivare qualora non fosse completamente spenta. Che la donna gravida, che la donna puerpera abbia maggiore o minore disposizione ad ammalarsi di forme malariche è una cosa molto discussa. E qui vengono in campo le solite statistiche che si cacciano ormai dappertutto e delle quali citerò due che arrivano a risultamenti opposti, poichè l'una vorrebbe fare accettare una certa immunità delle gravide e delle puerpere per le forme malariche, l'altra invece ci condurrebbe ad ammettere una predisposizione notevole. Quadrat durante una epidemia a Praga (voi sapete come qualche volta le forme malariche da endemiche possano divenire epidemiche), tra 8639 gravide e puerpere vide solo due casi d'intermittente. La statistica dell'ospedale delle partorienti di Amsterdam parla invece contro tale immunità. Ecco i dati raccolti dal Prof. Lehmann, che, a mio avviso, hanno molto valore perchè raccolti non in un periodo eccezionale, ma in 20 anni di attività clinica continuata. Dal 1850 al 1871 in detta Maternità si ebbero 8686 parti con 182 casi d'intermittente a tipo quotidiano, terzano e quartano quindi il 2,1 % con esclusione, notate bene, dei casi lievi. Prescindendo dalle statistiche si potrebbe non essere alieni dall'accordare un certo grado d'immunità alle gravide, ma questa immunità non sarebbe che apparente poichè le gravide negli ultimi tempi di gravidanza, quelle principalmente ricoverate negli Ospizii si espongono anche molto meno alla infezione. Quanto alle puerpere, Ritter, Mendel, Goth si accordano nell'ammettere una grande disposizione di esse per la infezione malarica e lo stato di abbattimento nervoso in cui vengono a trovarsi dopo il parto, la perdita di sangue da cui questo è accompagnato, il debilitamento che per ambedue questi fatti deve risultarne all'organismo, non devono certo aumentare la sua resistenza al miasma malarico.

Ma qualunque sia, o piccola o grande, la disposizione che ha una puerpera ad ammalare primitivamente di forme malariche, il fatto più importante e più degno della nostra osservazione sta nella relativa facilità con cui noi osserviamo dopo il parto, la recidiva di forme malariche sofferte durante la gravidanza non solo ma anche prima del concepimento. Riferendosi ancora alla accennata statistica di Lehmann, delle 182 gravide in cui si osservarono febbri intermittenti, 45 presentarono recidive durante il puerperio cioè nella rispettabile proporzione del 2,4 %. Anche Hertz scrive che durante l'allattamento ed il puerperio la malattia

è rara, in massima parte però spetta a recidive di malattia esistente prima del parto. Fra noi due casi interessanti ne pubblicò il Prof. Cuzzi mentre insegnava a Modena, ed io pure ebbi l'occasione di osservarne qualche caso. È quindi naturale la dimanda: in qual modo possiamo noi spiegare l'influenza che il parto esercita sul risveglio dell'impaludismo? Il Paget nelle sue lezioni di clinica chirurgica scriveva che ogni qual volta egli osservava dei brividi intensi susseguire un'operazione egli soleva investigare le antecedenze dell'operato dal punto di vista dell'impaludismo. Il Prof. Cuzzi colse l'analogia ed illustrando dottamente l'argomento, poichè il parto anche il più facile è sempre un traumatismo, riponeva in esso la causa del risveglio degli accessi malarici in puerperio. E l'induzione non era certo scorretta. Non vediamo noi infatti recidivare ogni giorno forme malariche per cause molto più lievi, per raffreddamenti, per dissesti digestivi, per passaggio da una vallata infesta a monti magari saluberrimi forse in conseguenza della cangiata pressione atmosferica? E ciò pur essendo, se si tratta non di una nuova infezione, di un nuovo ingresso del quid miasmatico dall'esterno, ma di una vera e propria ricaduta perchè il veleno malarico, albergante ancora nel nostro organismo ove pareva essere appartato o silente, riprende in certo qual modo la sua azione, possiamo noi trovare una causa più diretta di questo risveglio dell'impaludismo nel puerperio? Questa questione si collega in certo qual modo con quella insoluta della periodicità degli accessi, per cui l'azione del miasma pare in certo qual modo discontinua. Io però non voglio passare in rassegna tutte le ipotesi portate in campo ma, restando al nostro caso, al risveglio cioè di forme malariche dopo il parto, poichè è incontestabile la grande partecipazione della milza nei processi malarici, poichè non ripugna neppure l'idea che la milza possa riguardarsi come un magazzeno del miasma morbigeno e poichè ancora all'atto del parto osservasi una diminuzione della pressione endo-addominale, non potrebbe, io ripeto la dimanda già fattami in altra occasione, non potrebbe avverarsi in conseguenza di questa un raptus sanguinis per cui dalla milza più o meno tumida e ricettacolo e serbatoio di germi, si precipitasse nel circolo una maggior quantità di principii determinati l'accesso febbrile? Ad ogni modo se le spiegazioni possono essere varie e tutte deficienti, se la causa prossima del risveglio dell'impaludismo è incerta, è però sicuramente constatato che qualche volta esso si

avveri e voi dovete nella pratica tener conto di tale possibilità.

Per concatenazione logica e naturale degli argomenti seguendo le fasi del caso osservato fuori della clinica vi ho additato l'influenza che il parto può avere sulla infezione malarica ed ho svolto i punti principali che riguardano la malaria in rapporto col puerperio. A completare l'argomento devo ora rivolgere la vostra attenzione ai quesiti che possono affacciarsi all'ostetrico nel corso della gravidanza, tanto più che me ne offre occasione la donna gravida nel 6º mese ricoverata in questi ultimi giorni e collocata al N. 1, nella quale oltre a qualche segno fisico di catarro degli apici polmonari, noi abbiamo una milza tumida e febbri periodiche. Vado in certo qual modo a ritroso ma la chiarezza della esposizione non ne soffre. Se le gravide abbiano o non abbiano immunità o per contro predisposizione speciale spiccata per le febbri malariche noi lo vedemmo già. Esaminiamo ora quale sia l'influenza che l'infezione malarica esercita sull'andamento della gravidanza. Questa influenza, voi lo comprendete, non può essere che perniciosa. In una infezione malarica, prescindendo dal miasma stesso che potrebbe esercitare la sua influenza anche direttamente sul feto, noi abbiamo tre fattori tutti nocivi che possono tutti coesistere ad un grado più o meno elevato secondo l'intensità della infezione, la durata di essa, i mezzi che ad essi può opporre la paziente e l'arte. Essi sono l'anemia più o meno profonda, l'elevata temperatura febbrile che accompagna gli accessi, il brivido sempre intenso, sempre protratto che ne è l'araldo. Noi dobbiamo quindi aspettarci qualche volta di vedere per opera di essi interrotta la gravidanza. Nella maternità di Klausenburg nella quale città e nei cui dintorni domina la malaria, dal 1 gennaio 1873 al 31 dicembre 1878, nello spazio quindi di 6 anni vennero accolte 881 gravide. Di queste 46 furono colpite nel corso della gravidanza da febbri malariche e soltanto in 27 di esse si raggiunse il termine della gravidanza. Nelle altre 19, il feto venne espulso:

1	volta	nel 4º	mese
1	»	5º	»
3	»	6º	»
5	»	7º	»
9	»	8º	»

Dunque la gravidanza si interruppe spontaneamente nel 41,3 % dei casi. Questi dati raccolti e pubblicati da Goth vi dimostrano ad evidenza come si debba ammettere un rapporto causale tra infezione malarica ed interruzione della gravidanza. E che esista e si manifesti di frequente non dobbiamo troppo maravigliarcene. Dall' anemia noi vediamo sminuita la resistenza organica e la tonicità di tutti i tessuti, noi vediamo alterate tutte le funzioni che in una normale irrorazione sanguigna riconoscono una delle condizioni essenziali del loro normale esercizio. Per opera del brivido ne vengono tratto tratto a periodi avvicinati congestionati l' utero e la mucosa utero-placentare. Nella febbre elevata noi abbiamo infine uno dei più sicuri eccitanti della contrazione uterina.

Se è frequente l' interruzione della gravidanza per opera della infezione malarica, ne consegue che l' ostetrico dovrà attenersi alla frequente indicazione del chinino non solo per debellare il morbo ma altresì per impedire una delle sue tristi conseguenze. Ma così operando non entriamo per avventura in un circolo vizioso, non amministriamo noi un rimedio che per la sua supposta azione ecbolica possa condurre lui stesso all' aborto? Come vedete il pratico si troverebbe in una posizione imbarazzante, posto tra una forma morbosa che si combatte sicuramente con un dato rimedio e questo stesso rimedio valevole sì, potente si contro la forma morbosa, ma che può interrompere la gravidanza. Se anche così fosse non mi pare che il pratico possa esitare, poichè egli non potrà astenersi dal curare efficacemente la madre per i timori destati dalla prescrizione del chinino, tanto più che la infezione malarica tende già ad interrompere la gravidanza. Se noi avessimo un rimedio atto a guarire la tubercolosi ma avente un' azione ecbolica pronunciatissima, ristaremmo noi forse dall' amministrarlo ad una donna tisica ma nello stesso tempo gravida? Ma il chinino ha realmente un'azione abortiva? Questo timore non è certo soltanto dei nostri tempi, poichè ad esso rispondeva già trionfalmente il Torti, che se in circostanze simili si osservava l' aborto, questo doveva ripetersi « non a remedio sed a morbo ». La questione grossa però si risollevava nel 1870 colla pubblicazione del lavoro di Monteverdi, che aveva per titolo: *Dimostrazione di una nuova importantissima virtù medicamentosa della china e de' suoi preparati.* Ora quest'azione dei preparati di china si manifesta, a dire dell' autore, primitivamente

sul nervo gran simpatico e successivamente sull' asse cerebro-spinale. Ma quest'azione per così dire generale non occupò molto nè partigiani nè oppositori delle idee di Monteverdi; le controversie si agitarono a preferenza sull'azione che il chinino esercita sopra uno degli organi innervati dal gran simpatico. Questo organo era l' utero gravido. Infatti il Monteverdi rivolgeva ai medici l'invito « di esperire il solfato di chinina sulle gravide, nelle « quali con prontezza, facilità e sicurezza puossi coi proprii occhi « vedere e colle proprie mani toccare la prova irrecusabile del- « l'azione sua eccitatrice delle contrazioni delle fibre muscolari « dell' utero ». Non è che il Monteverdi ammettesse con questo un' azione spiccatamente abortiva, egli distingueva sottilmente caso da caso, sentiva il bisogno di ben determinare la *condizione materiale dell' utero,* il grado di tonicità del viscere: se le fibre dell'utero sono in stato di atonia, il chinino o non sarà neppure sufficiente a vincere questa atonia ovvero tutto al più riescirà a produrre la semplice tensione delle fibre muscolari. Il pericolo ci sarebbe soltanto quando la tonicità del muscolo uterino fosse normale o superiore alla normale. Che il tono muscolare esista è dimostrato dai fisiologi, e deve certamente variare da individuo ad individuo, ma queste oscillazioni noi potremo nel campo pratico forse presumerle con criterii generali, dimostrarle no. Per mia parte avendo avuto frequente occasione di amministrare il chinino in donne gravide, devo affermare in base alla mia esperienza di non avere mai visto nascerne nè aborto nè minaccia di aborto. Su tale argomento noi abbiamo una ricchissima letteratura, poichè nella lizza discesero numerosi e valenti campioni. Io certamente non posso farvi seguire le fasi di questo torneo: in genere gli ostetrici italiani si mostrarono ripugnanti ad ammettere un'azione ecbolica del chinino, pure non negandosi da qualcuno in modo assoluto una tal quale azione eccito-motrice specialmente quando la fibra uterina fosse già in attività funzionale. La convinzione della gran parte degli ostetrici italiani la si può ritenere compendiata nelle parole che il Prof. Tibone scriveva redigendo nel 1872 il rapporto della Commissione sul lavoro presentato da Monteverdi per il concorso al premio Riberi: « se « giudicare si volesse, egli scriveva, dalla già lunga esperienza « si sarebbe portati a credere che in quei casi in cui il Monte- « verdi vide sgravarsi anzi tempo le donne dopo aver fatto uso « del chinino, non al rimedio ma alla malattia simile evento ra-

« gionevolmente attribuire si possa. Il dimandare al chinino una « influenza così energica sull' utero da svegliare la contrazione « allorquando la fibra muscolare è ancora in stato di perfetto « riposo, si è forse il pretendere troppo; per fermo tanto potere « non ha la stessa segale cornuta ». Ed è inspirato a tali criterii che voi mi avete visto prescrivere già due volte il chinino alla donna gravida affetta da febbri intermittenti, degente in questa clinica.

Non a svolgere ma a tratteggiare l'argomento per sommi capi devo ancora far parola del neonato. Il miasma morbigeno può passare attraverso il filtro placentare e colpire il feto nella cavità uterina? Questa dimanda si rannoda all' altra più generale del modo di comportarsi delle forme infettive materne col prodotto del concepimento, che io tratterò prossimamente. Anche recentemente furono fatte per esempio, molte esperienze col carbonchio e con risultati contradittorii. Restando nel campo della febbre intermittente il Gerhardt che pure è così competente in questioni di pediatria sostiene addirittura non potervi essere *neppure il dubbio* che il miasma morbigeno attraversi le pareti dei vasi placentari e fetali: e l' osservazione di bambini che nati da madri sofferenti di forme malariche presentano già alla nascita tumore splenico, edemi e nei giorni successivi alternative di caldo e di freddo, di pallore e di arrossimento parrebbero confermare tale opinione. Io stesso vidi un caso di simil genere. Ma non basta: da alcuni per esempio, da Boudin e da Baxa si ammette anche che coll' allattamento possa trasmettersi la febbre intermittente dalla madre al poppante ed il Somma di Napoli ebbe ad osservare tre casi di tale natura. Lasciando in disparte questo punto che merita ancora di essere studiato profondamente è però certo che il neonato presenta una grande disposizione alle febbri intermittenti. Soltanto è indispensabile una certa sagacia ed una certa esperienza per parte del medico onde stabilire il fatto della periodicità dei sintomi e sarà sempre difficile la determinazione dei tre stadii del parossismo classico. Voi sapete con quanta facilità la fisionomia e l' andamento delle forme morbose vengano alterati nell' età infantile. La grande suscettibilità degli organi nervosi, digerenti e respiratorii può modificare il tipo della forma morbosa primitiva e indurre per sè un tale complesso sintomatico da mascherare la forma morbosa reale o da sovrapporsi completamente ad essa in guisa da indurre in errore il medico più esperto. Noi quindi esaminando un neonato irrequieto, febbrile, nato da madre con infezione malarica, dovremo esaminarlo diligentemente e ripetutamente ed analizzare accuratamente tutti i sintomi offerti dal piccolo paziente.

E chiudo come ho cominciato: l'argomento svolto presenta per molti di voi il vero carattere dell'opportunismo: fra poco quando sarete gettati fra le spinose responsabilità della pratica, avrete certamente occasione di aggiungere su questo campo nuove osservazioni interessanti a quelle già conosciute.

ATTI DELLA SOCIETÀ ITALIANA

DI

OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

Costituzione della Società.

Seduta del giorno 19 Marzo 1883, ore 8 pomeridiane, nell'aula IV della R. Università di Roma.

Sono presenti i Professori: Chiara, Maggioli, Mangiagalli, Morisani, Pellizzari Pietro, Romiti e Pasquali ed i Dottori: Bompiani, Bloch, Fontana, Ciccone, Marchionneschi, Lolli-Ghetti e Sacchi.

Il Prof. Chiara, come Presidente del Comitato promotore, apre la seduta; dato lettura dei nomi di coloro che in numero di 67 hanno accettato di formare parte della Società di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria, legge lo Statuto formulato dal Comitato promotore. Indi, premettendo come i Professori Corradi, Macari, Madruzza, Mazzoni, Minati, Negri, Novaro, Simula, Tibone ed i Dottori: Guaita, Falconi, Panzeri e Soffiantini abbiano dato la loro adesione incondizionata allo Statuto stesso ed alle modificazioni che si verranno in esso introducendo, apre la discussione sui singoli articoli.

Art. 1. — La Società Italiana di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria si propone di mettere in rapporto diretto i membri delle singole specialità accennate mediante riunioni periodiche nelle quali essi possano comunicare le loro idee, i loro lavori.

Il Prof. Romiti dimanda se, per amore di brevità, alla denominazione addottata per la Società non si possa sostituirne un'altra più semplice, per esempio quella di Società ostetrica.

Il Prof. Chiara risponde che si era creduto opportuno di aggiungere la Pediatria perchè essendo questa ancora poco coltivata come specialità distinta si credeva in tal modo di porgere facile occasione ai suoi cultori di estrinsecare la loro attività; che per altro, uditi alcuni distinti pediatri, questi si erano mostrati alieni dal farne parte, appunto perchè essendo in picciol numero temevano che la loro voce restasse per così dire soffocata in mezzo alla gran maggioranza degli ostetrici e ginecologi e quindi egli Prof. Chiara non era ripugnante a togliere la Pediatria.

Il Dott. Ciccone temerebbe che per tale esclusione venissero a ritirarsi alcuni Socii.

Il Prof. Romiti replica essere partito nella sua proposta dall'eguale concetto direttivo per cui si chiamò ostetrica la Società di Londra per quanto nei suoi atti figurino anche lavori di ginecologia e pediatria.

Il Prof. Pellizzari non vorrebbe che colla brevità si creasse oscurità e vorrebbe perciò mantenuta la denominazione dalla quale al postutto non gli pare possano nascere inconvenienti di sorta.

Il Prof. Pasquali opina che essendo ancora la pediatria poco coltivata in Italia, e la fisiologia e patologia della prima infanzia facendo parte dell'ostetricia in questa potrebbe ritenersi inclusa anche la pediatria.

Il Prof. Chiara osserva come da poco tempo per opera del Prof. Somma sia sorto in Napoli un giornale di pediatria che non intende entrare nel circolo ostetrico e ginecologico, ma attestare la propria indipendenza come specialità distinta che anzi mosso da tale fatto intendeva sopprimere la parola pediatria dagli *Annali* tanto più che nel corso di qualche anno si erano presentati pochissimi lavori nel campo di tale specialità. Egli continua dicendo che desiderava fossero mantenute

distinte ostetricia e ginecologia, perchè chiamando la Società puramente ostetrica si aveva l'apparenza di escludere i chirurghi che coltivano la ginecologia e non la ostetricia e per questa considerazione aveva anzi fissato quest'epoca per la nostra prima riunione appunto perchè essi pure potessero prendervi parte.

Dopo alcune osservazioni di Ciccone, Pellizzari e Mangiagalli tendenti specialmente a mettere in rilievo l'inconveniente che, tolta la parte pediatrica, si sarebbero ritirati alcuni che avevano dato la loro adesione forse appunto perchè anche tale specialità era rappresentata e presa in considerazione, viene accettato all'unanimità in seguito al ritiro delle singole proposte di mantenere inalterata la denominazione di Società di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria. L'articolo 1° viene quindi approvato senza ulteriore discussione.

Art. 2. Tali riunioni avranno luogo ogni anno in sede da determinarsi nella riunione antecedente.

Questo articolo vien accettato senza discussione.

Art. 3. — Sono membri della Società tutti coloro i quali hanno aderito all'idea della sua fondazione mediante l'invio della scheda firmata. L'ammissione di nuovi membri sarà fatta in ogni riunione in seguito a proposta di due socii; potranno prendere parte alle sedute, quando non si tratti di interessi sociali, anche medici estranei alla Società, quando sieno introdotti da un socio e potranno anche, *ottenuto il permesso della Presidenza*, dare lettura dei loro lavori.

Il Dott. Sacchi crede sufficiente che la proposta di nuovi membri sia fatta da un solo socio anzichè da due, e l'articolo 3° emendato in questo senso vien poscia approvato.

Art. 4. — In ogni riunione sarà nominato un Comitato Direttivo per la riunione dell'anno consecutivo.

Art. 5. — Il Comitato Direttivo si compone di un Presidente, di un Vice-Presidente, di due Segretarii, di un Cassiere. Lo stesso Comitato funge da ufficio presidenziale nella seduta da esso preparata.

Ambedue questi articoli vengono approvati senza discussione.

Art. 6. — Il Comitato riceve le quote dei Socii, e cura la pubblicazione delle comunicazioni dei membri negli *Annali di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria,* coll'indicazione: *Atti della Società Italiana,* ecc.

Il Dott. Sacchi vorrebbe dapprima l'enunciato generico: il Comitato cura la pubblicazione degli Atti; e poi, in seguito ad alcune osservazioni del Prof. Chiara, pure determinando gli *Annali* come giornale destinato ad accogliere gli Atti della Società, desidererebbe che il riconoscimento di esso come organo ufficiale risultasse dall'articolo, ed essendo questo emendamento accettato l'articolo viene modificato in tale senso.

Il Dott. Bompiani dimanda se divenendo gli *Annali* organo ufficiale della Società, debba costituirsi la redazione di essi con criteri speciali; alla quale dimanda rispondono il Prof. Chiara ed il Prof. Pellizzari: il primo facendo osservare che la Società non può influire sull'indirizzo scientifico del giornale, la cui direzione e redazione sono quindi costituiti dai collaboratori e proprietari; il secondo appoggiando il Prof. Chiara col dire parergli naturale che il giornale pur ospitando i lavori della Società debba conservarsi autonomo.

Il Prof. Maggioli chiede quali sieno le facilitazioni di cui potrà godere il socio autore di qualche lavoro importante, e quali gli incoraggiamenti e quali i vantaggi che ne potrebbe trarre. Dopo una lunga discussione a cui prendono parte i Prof. Pellizzari, Chiara, Morisani, Mangiagalli, Pasquali ed i Dott. Sacchi, Ciccone e ripetutamente lo stesso Maggioli, la riunione si mostra concorde nel seguente concetto: essere prematuro lo stabilire premi per parte di una Società ch'è sul nascere e della quale non è ancora assicurata non solo la prosperità ma neppure la vita; d'altra parte offrire gli *Annali* gli stessi vantaggi degli altri giornali sia coll'accordare all'autore un numero determinato di copie, sia col dare pubblicità alle sue idee, col vantaggio poi speciale nel caso concreto di diffonderli fra i cultori della specialità; doversi tenere però sempre fermo il concetto che l'ufficio presidenziale sia chiamato a giudicare se un dato lavoro meriti la pubblicazione integrale.

L'articolo 6° viene perciò approvato integralmente coll'emendamento Sacchi accennato sul principio.

Art. 7. — La contribuzione di ogni socio è di 20 franchi, e dà diritto a ricevere gli *Annali di Ostetricia,* ecc.

Art. 8. — Le comunicazioni fatte alla Societá saranno stampate secondo il sunto che di esso hanno fatto i due Segretari: i manoscritti consegnati alla Presidenza non più tardi di un mese dopo la riunione, saranno pubblicati integralmente o in quella estensione che si crederà opportuna dall'Ufficio di Presidenza.

Questi due articoli vengono approvati senza discussione.

Art. 9. — Le proposte di modificazioni dello Statuto dovranno essere inviate al Comitato Direttivo almeno quindici giorni prima della riunione e saranno discusse in questa. Per la loro approvazione sarà necessario l'acconsentimento dei due terzi dei Socii presenti.

Il Prof. Pellizzari vorrebbe che le proposte di modificazioni dello Statuto siano fatte almeno da tre Socii. Quindi viene approvato questo articolo modificato coll'emendamento Pellizzari.

Art. 10. — Il Presidente stabilisce l'ordine del giorno delle singole riunioni.

Art. 11. — I Relatori sopra un dato argomento potranno dare lettura completa del loro lavoro.

Questi due articoli vengono accettati senza discussione.

Art. 12. — Nella discussione ogni oratore non dovrà oltrepassare i 10 minuti, nè potrà prendere la parola più di due volte sullo stesso argomento.

Il Prof. Morisani crede opportuno portare a 15 minuti il tempo disponibile per i Socii nella discussione.

L'articolo 12° vien approvato coll'emendamento Morisani.

Art. 13. — Sarà destinata quella città che parrà più centrale a sede stabile della biblioteca e del museo della Società.

Il Prof. Romiti vorrebbe che il nucleo della biblioteca della Società fosse intanto fatto dai giornali di cambio degli *Annali*. Tale proposta vien presa in considerazione facendo riserva per quei giornali e quegli opuscoli che quasi compenso fossero lasciati in proprietà di coloro che ne fanno la rivista.

L'articolo 13° ed i seguenti due vengono approvati senza discussione.

Art. 14. — Il Comitato Direttivo delle riunioni curerà di ottenere in tempo tutte le maggiori facilitazioni di viaggio nella ferrovie e sui piroscafi nazionali.

Art. 15. — In caso di scioglimento della Società il Comitato Direttivo dell'ultima riunione deciderà sul destino della suppellettile scientifica della Società.

Indi viene approvato in totalità lo Statuto così modificato:

Art. 1. — La Società si propone di mettere in rapporto diretto i cultori delle singole specialità accennate, mediante riunioni periodiche nelle quali si possano comunicare le loro idee, i loro lavori.

Art. 2. — Tali riunioni avranno luogo ciascun anno in sede da determinarsi nella riunione antecedente.

Art. 3. — Sono membri della Società tutti coloro i quali hanno aderito alla idea della sua fondazione mediante l'invio della scheda firmata. — L'ammissione di nuovi membri sarà fatta in ogni riunione in seguito a proposta di un solo socio; potranno prendere parte alle sedute, quando non si tratti d'interessi sociali. anche medici estranei alla Società, quando siano introdotti da un socio, e potranno anche, *ottenuto il permesso dalla Presidenza,* dare lettura dei loro lavori.

Art. 4. — In ogni riunione sarà nominato un Comitato Direttivo per la riunione dell'anno seguente.

Art. 5. Il Comitato Direttivo si compone di un Presidente, di un Vice-Presidente, di due Segretari ed un Cassiere. — Lo stesso Comitato funge da ufficio presidenziale nell'adunanza da essa preparata.

Art. 6. — Il Comitato riceve le quote dei Socii e cura la pubblicazione delle comunicazioni dei membri negli *Annali di Ostetricia*, *Ginecologia e Pediatria,* con la indicazione: « *Atti della Società italiana di ostetricia, ginecologia e pediatria* »; e così quel giornale diventa organo della Società.

Art. 7. — La contribuzione di ogni socio è di Lire italiane *venti* e dà diritto a ricevere gli *Annali di Ostetricia, Ginecologie e Pediatria.*

Art. 8. — Le comunicazioni fatte alla Società saranno stampate secondo il sunto che di esse hanno fatto i due Segretari; i manoscritti consegnati alla Presidenza, non più tardi di un mese dopo la riunione, verranno pubblicati per intero, o in quella estensione che si crederà opportuna dall'Ufficio di Presidenza.

Art. 9. — Le proposte di modificazioni dello Statuto presentate da almeno tre Socii dovranno essere inviate al Comitato Direttivo almeno 15 giorni prima della riunione, e saranno discusse in questa. — Per la loro approvazione sarà necessario l'acconsentimento dei due terzi de' soci presenti,

Art. 10. — Il Presidente stabilisce l'ordine del giorno delle singole riunioni.

Art. 11. — I relatori sopra un dato argomento potranno dare lettura completa del loro lavoro.

Art. 12. — Nella discussione ogni oratore non dovrà oltrepassare i 15 minuti, nè potrà prendere la parola più di due volte sul medesimo argomento.

Art. 13. — Sarà destinata quella città che parrà più centrale a sede stabile della biblioteca e del museo della Società.

Art. 14. — Il Comitato Direttivo delle riunioni curerà di ottenere in tempo tutte le maggiori facilitazioni di viaggio nelle ferrovie e sui piroscafi nazionali.

Art. 15. — In caso di scioglimento della Società, il Comitato Direttivo dell'ultima riunione deciderà sul destino della soppellettile scientifica della Società.

Approvato lo Statuto, ed in vista dell'ora tarda, il Presidente scioglie l'Adunanza riconvocando i convenuti per l'indomani 20 marzo, alle ore 10 ant., nella medesima aula IV.

Seduta del 20 marzo.

Sono presenti ancora tutti i Socii che hanno discusso lo Statuto; è data lettura del processo verbale, che viene approvato dopo lieve modificazione richiesta dal Prof. Maggioli.

Il Presidente quindi apre la discussione sulla sede della riunione annuale per l'anno 1884 e su quella della Società, giusta gli art. 2 e 13 dello Statuto.

Dopo breve discussione viene scelta Torino per la riunione dell'anno venturo e Firenze quale Sede della Società, lasciando, com'è nello Statuto, al Comitato Direttivo il compito di regolare i particolari sì della riunione annuale che dallo insediamento della Società in Firenze.

Accolte queste risoluzioni si procede alla nomina del Comitato Direttivo che risulta composto come segue:

Presidente: Prof. **D. Chiara** (per acclamazione).
Vice-Presidente: Prof. **E. Pasquali.**
Segretarii: Prof. **L. Mangiagalli** e Prof. **P. Negri.**
Cassiere: Prof. **Pietro Pellizzari.**

Terminata questa operazione e prima di sciogliere la riunione il Prof. Pasquali propone un voto di ringraziamento al Rettore dell'Università che concesse gentilmente l'aula universitaria destinata alla riunione.

La Società fa plauso a tale proposta e incarica di recarla a compimento il Prof. Chiara, il quale acconsente, e propone nello stesso tempo un altro voto di ringraziamento al Prof. Pasquali per l'opera prestata alla riuscita della riunione della Società.

NB. *Per mancanza di spazio rimandiamo ad un altro numero la pubblicazione dell'elenco dei Socii.*

Prof. Dott. Domenico Chiara Direttore-gerente responsabile.

Milano — Tip. Pietro Agnelli, via Pietro Verri, 16.

Volume V. Giugno 1883 N. 6.

ANNALI
DI
OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

R. ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DI FIRENZE
diretto dal Prof. Cav. D. CHIARA.

INTORNO ALLA QUESTIONE
DEL CICLO PATOLOGICO E DEL NULLISMO FARMACEUTICO
IN ALCUNI PROCESSI PUERPERALI

Nota clinica

del Dottor VITTORIO FRASCANI
Medico Assistente.

SURGEONS

Nell'Istituto ostetrico-ginecologico di Firenze una ben regolata antisepsi introdotta da qualche tempo e perfezionata fino dal dicembre 1882 per l'opera attiva dell'attuale direttore Prof. Domenico Chiara, diradando i processi puerperali infettivi, ha resa minore l'opportunità di studiarli. Ma, disgraziatamente per le povere ricoverate, questi processi sono stati diradati non aboliti, per cui la rubrica « *puerpere ammalate* » di quando in quando si riapre, fortunatamente per poco tempo, e per processi non gravissimi. Ed infatti dai primi del dicembre del decorso anno, al momento in cui scrivo, il bilancio clinico conta 200 parti con 17 puerperi morbosi da processi puerperali infettivi, con due morte soltanto di peritonite settica, una delle quali venuta di fuori per la liberazione artificiale che fu laboriosa e incompleta colpa l' aderenza della placenta, l'altra ricoverata a travaglio dichiarato; con questo

poi di particolare che negli altri quindici casi trattavasi il più delle volte di endometrite o di parametrite.

La incertezza e inesperienza di taluni cui spetta molta parte del compito profilattico, ch'è cosa nuova per loro, il dovere ricoverare di quando in quando partorienti e anche puerpere già colpite dalla infezione, la deficienza di personale che rende impossibile l'assoluto isolamento e più specialmente l'istruzione pratica che si dà tutti i giorni al letto della donna in stato di maternità alla scolaresca maschile e femminile, sono i momenti causali del ricomparire di quando in quando del processo puerperale nel nostro Istituto.

E credo vi contribuiscano in special modo gli studenti, i quali, costretti dalle esigenze dei loro studii di frequentare le sale anatomiche, quantunque sempre eseguiscano le esplorazioni ostetriche previa disinfezione delle mani, pure poco pratici nelle medesime, producono delle lesioni negli organi genitali ed aprono inscientemente la strada al principio settico. Ed è tanto vero il mio asserto che nelle due ultime storie che io riferirò si ha il diritto di sospettare che la strada al virus e l'innesto di esso avvenisse in seguito alla esplorazione eseguita dagli allievi che, praticando il riscontro digito-vaginale nelle donne di cui è tenuta in esse parola, introdussero il dito esploratore nella cavità cervicale facendone fluire una certa quantità di sangue. Queste secondo me le ragioni per le quali anche al presente che, ripeto, l'antisepsi è scrupolosamente osservata, non siamo riusciti a tener lungi sempre il nemico che ancora qualche anno fa mieteva larga messe nelle nostre sale di Maternità.

Ed è appunto sullo scorcio del 1881 e negli anni precedenti ch'ebbi occasione di osservare moltissimi casi d'infezione puerperale e principalmente processi di endometrite e di parametrite settica, nonchè alcuni di peritonite linfatica e di setticoemia acutissima. La più volte ripetuta e attenta osservazione e del modo d'insorgere e del decorso dei primi fra questi processi, vale a dire di quelli di endometrite e di parametrite, mi ha ogni giorno più convinto di due fatti sui quali il Prof. Chiara ha richiamata l'attenzione dei suoi allievi nelle lezioni cliniche che giornalmente tiene nella scuola ostetrica fiorentina, cioè che i processi di endo e di parametrite puerperale quando non sono complicati nè spiccatamente maligni, hanno un decorso di circa 15 giorni, durante i quali si osservano oscillazioni termiche marcatissime che da 41°

scendono anche alla normale 37,5, per poi toccare la defervescenza e mantenervisi ora per *lisi* ed ora per *crisi*.

In secondo luogo mi sono dovuto convincere alla stregua dei fatti della impotenza degli antipirettici farmaceutici, compreso lo stesso chinino nei processi puerperali. E valga il vero, nell'anno decorso, somministrato a larga mano il chinino in malate da infezione puerperale, sia sotto forma di bisolfato che di fenato occorreva spesso di vedere ascendere la temperatura a cifre molto elevate dopo una rigorosa e metodica amministrazione dell' antipirettico, più volte abbassarsi quando l'uso di esso si sospendeva, guarire alcune malate in cui non era stato somministrato, morirne altre sature del rimedio. In qualche caso, vista l'inefficacia del chinino amministrato per ingestione, si è creduto che se ne facesso scarso o non se ne facesse affatto l'assorbimento da questa via, per le condizioni speciali dell'apparecchio digerente in quelle malate; si è somministrato per via ipodermica, per clistere a forti dosi, gli stessi identici risultati. Si gridò alla mistificazione del rimedio, si ricorse alla analisi chimica del medesimo, si somministrò chimicamente puro; il processo puerperale continuò il suo corso.

Piacemi qui di notare che l'assorbimento del chinino per ingestione non era lecito di sempre negarlo, dimostrandolo i disturbi provati dalle puerpere le quali ne facevano uso, ronzio negli orecchi, cofosi ed altri, nonchè in qualche caso l'averlo ritrovato nelle orine. Ne consegue per noi lo ammettere che i preparati di chinina, sovrano rimedio contro il bacillo della malaria, sono del tutto impotenti a combattere il virus generatore dell' infezione puerperale.

Disarmati di questo mezzo terapeutico nel modo che risulta dalla scrupolosa osservazione dei fatti, come abbassare l'alta temperatura che si ha nei processi puerperali in discorso? Credo che in qualsiasi processo morboso per sottrarre il calorico nulla vi sia di più certo e di migliore delle applicazioni fredde; e noi quando la temperatura raggiunge una cifra elevata usiamo di fare gli impacchi freddi o applicare delle vesciche di ghiaccio a permanenza sul ventre e sulla testa, e queste ultime specialmente quando vengono in scena fenomeni che ci autorizzano ad ammettere localizzazioni encefaliche. Le vesciche ripiene di ghiaccio come ognun sa, oltre l' azione antitermica hanno quella locale di calmare il dolore che non manca quasi mai nella sindrome fenome-

nale della parametrite, e di diminuire secondo alcuni molto, io credo solo in parte, l'afflusso sanguigno agli organi malati.

Con questi mezzi ai quali noi ricorriamo sempre, siamo riusciti ad abbassare rapidamente la temperatura di un grado e talora di due, abbassamento termico giammai verificato in seguito alla amministrazione di dosi anche forti di bisolfato di chinina. Ed a proposito delle dosi a cui si deve, secondo alcuni, amministrare il chinino in tali processi infettivi, noterò che essi sostengono la inefficacia dell'antipirettico solo nelle nostre mani verificarsi per la piccola quantità in cui viene somministrato, e in tale convinzione ne saturano le puerpere malate non pensando alla sua azione ipostenizzante; condotta che si tiene pure da alcuni nella cura dei tifosi che il più spesso soccombono alla insufficienza cardiaca frutto dell'alta temperatura e del rimedio adoperato per abbassarla. Ma alcuno potrebbe obbiettarmi: se voi siete realmente convinti che tali processi puerperali abbiano un decorso ciclico, che raggiuntasi un'alta temperatura, questa persista per 4 o 5 ore per poi scendere spontaneamente alla normale, e che con un tale andamento essi processi terminino il più spesso dopo 15 giorni; perchè specialmente negli spedali ove si può fare, non rimanere semplici spettatori del caso, invece di intervenire colle applicazioni fredde, le quali pure hanno, sebben minore del chinino, una azione ipostenizzante sul cuore?

Le applicazioni fredde abbassano indubitatamente la temperatura di un grado e anche di due; l'alta temperatura favorisce il collasso, quindi sempre ammettendo che le malate da infezione puerperale restino non molte ore sotto l'azione di alte temperature, mi pare che si arrechi loro non lieve vantaggio se durante il parossismo febbrile adopriamo un mezzo che ne modera l'altezza.

Quanto poi all'azione ipostenizzante che si attribuisce da alcuni anche agli impacchi freddi, se la loro applicazione non è di lunga durata, secondo quanto è occorso di osservare a me, l'effetto nocivo è ben piccola cosa e tale che si riesce facilmente a mitigare somministrando contemporaneamente e dopo degli analettici diffusivi.

Di tali processi puerperali endometritici e parametritici che abbiano avuto un ciclo termico caratteristico, di una durata media oscillante fra i 13 e i 15 giorni, non sono mai mancati alla nostra osservazione, ma quasi sempre o qualche malattia che li

accompagnava, spesso la mastite, o il rimedio ripetutamente somministrato poteva forse averne influenzata la curva termica. Ma in questi ultimi giorni abbiamo avuto la opportunità di osservare tre malate una di endometrite placentare a decorso di metroflebite, una di endometrite semplice e una di parametrite nelle quali il ciclo termico non è stato turbato dalla somministrazione dell'antipirettico. Nella prima l'ingruenza e l'esacerbazione febbrile fu sempre preceduta da brividi forti e prolungati che si ripeterono per varie volte, dopodichè la temperatura oltrepassava i 40° e tre volte i 41° del centigrado, poi si aveva una defervescenza rapida e profuso sudore; nella seconda e nella terza talora l'ascesa termica era preceduta dal brivido ma non forte e prolungato come nell'altra, talora questo mancava; si verificavano pure in essa rapide remissioni, profusi sudori. Tutte tre sortirono esito favorevole, in tutte il processo ebbe una durata di circa 15 giorni; nel caso di endometrite placentare dopo il decimo giorno si ebbe una defervescenza graduale, in quello di parametrite al quindicesimo giorno una defervescenza brusca segnava il termine del processo infettivo che terminava dopo quattordici giorni anche nella malata di endometrite di cui è tenuto parola nella terza osservazione. Egli è perciò che quantunque a chi si occupa di cose ostetriche occorra sovente di osservare simili casi, ho creduto bene di riferirli come quelli che per le circostanze sopra citate, rappresentano secondo me il tipo più frequente della curva termica o il ciclo dei processi puerperali in discorso.

Osservazione I.ª — Il giorno 17 aprile veniva ricoverata nell'Ospizio di Maternità di Firenze Emilia Camerani, d'anni 37, maritata, XVIIIpara. Delle 17 gravidanze avanti l'attuale 12 hanno decorso normalmente fino al loro termine, 4 han cessato in un'epoca oscillante dal sesto al settimo mese, 1 è stata abortiva. Divenuta pubere a 17 anni le mestruazioni si sono in seguito succedute alla distanza di ventun giorno l'una dall'altra, regolari per quantità, accompagnate da dolori al basso ventre e da anoressia, fenomeni che si dissipavano al finire di esse. Tutti i parti sono stati naturali e seguiti da puerperii fisiologici, ha allattati i suoi figli e mortine alcuni in tenerissima età ha servito come nutrice.

Tuttociò dell'anamnesi remota; quanto alla gravidanza attuale

ebbe per l'ultima volta il 21 di agosto il tributo mensuale scarso relativamente alle volte precedenti; sì per l'amenorrea sì perchè erano cominciate le nausee e disturbi le altre volte provati si credè incinta e al quarto mese il dubbio divenne certezza dopo avere avvertiti i moti fetali.

Al sesto mese cominciò a provare, come nelle gravidanze passate, degli appetiti bizzarri e racconta di avere più e più volte mangiata la terra e la brace che, secondo ella assicurava le gustavano più della carne e del pane.

Nella seconda metà del sesto mese, per una metrorragia di mediocre quantità, senza causa nota e non preceduta da dolori, sopraggiunta mentre ella accudiva alle faccende domestiche, fu costretta mettersi in letto e chiamare la levatrice. Pare che questa visitata la donna sospettasse una ectopia placentare; certo è che la perdita cessò completamente dopo sette od otto giorni, durante i quali la donna stette in riposo e non ricomparve che la sera del 13 aprile, ossia nella seconda quindicina dell'ottavo mese. Essendo questa volta la metrorragia anche più grave, fu subito chiamato il medico che riuscito coi soliti mezzi a diminuire per il momento la importanza della perdita, venuto egli pure nel concetto che si trattasse di una anormale inserzione placentare la fece accompagnare alla Maternità.

Esaminatala al momento dell'ammissione trovammo: donna di alta statura con apparecchio scheletrico e muscolare ben sviluppati, tessuto adiposo in mediocre quantità ricoperto da pelle di colore giallo terreo; pallide le mucose visibili, polso regolare, celere, non frequente. Negativo l'esame dell'apparecchio cardio-polmonare, digestivo e nervoso, praticammo quello ostetrico, dal quale risultò trattarsi di gravidanza uterina di un sol feto, vivo, circa alla fine dell'ottavo mese, con presentazione dell'ovoide cefalico probabilmente flesso, mobile sopra lo stretto superiore, in donna molto pluripara con pelvi di normali dimensioni, simmetrica. Al riscontro vaginale trovammo: normali i genitali esterni, umida, dilatata la vagina, il collo uterino non ancora completamente scomparso, sfrangiato, permeabile al dito esploratore che posteriormente e sui lati aveva quella sensazione caratteristica che dà il tessuto placentare, oltredichè da questa stessa parte il segmento inferiore dell'utero era molto spugnoso, mentre attraverso il segmento anteriore si sentiva bene la testa; complicava quindi la gravidanza la placenta previa marginale.

La perdita sanguigna era allora insignificante e tale si mantenne fino alla mattina del 17, quando dichiaratosi il soprapparto ricomparve la emorragia e all' 1 e 30 minuti venne espulso un grumo di sangue del peso di 400 grm. Avendosi allora una dilatabilità del collo uterino di circa 3 ctm. e pur fluendo il sangue dai genitali, sotto la nebbia carbolica, introdotta la mano nella cavità vaginale fu con due dita praticato il distacco parziale della placenta col processo di Barnes. L'emorragia intanto erasi arrestata, ma per impedire che si rinnovasse e per eccitare la contrattilità dell'utero fu praticato il tamponamento della vagina. Ed infatti alle tre e mezzo tolti i tamponi e rotte artificialmente le membrane che facevano ernia attraverso al collo, quasi completamente dilatato, si trovò la testa flessa nella parte alta dello scavo in posizione occipito iliaca sinistra posteriore; la massa placentare scesa quasi in totalità nello scavo era ricacciata dietro la sinfisi del pube. Intanto, cessata completamente l'emorragia e raddoppiando la frequenza e l'energia delle contrazioni uterine a nessuno riuscì di udire il battito cardiaco fetale, per cui lasciato il compimento del parto alle forze naturali fu espulso un feto morto per asfissia, di sesso maschile, del peso di 2560 grammi e della lunghezza di 47 ctm.

La testa si disimpegnò coll' occipite all' indietro probabilmente perchè la massa placentare che occupava la parte anteriore e laterale sinistra dello scavo offriva un ostacolo alla riduzione della posizione occipito posteriore. Dietro subito al feto furono espulsi gli annessi che macroscopicamente nulla presentavano di patologico e pesavano grammi 550.

Dopo il parto la donna era molto pallida, il polso frequente e celere, lo scolo sanguigno in mediocre quantità, l'utero ben contratto. Fu somministrato del siroppo di ergotinina di Tanret e degli analettici diffusivi. Alla sera T. 37, P. 92, R. 32 ed essendosi un po' rilasciato l'utero e aumentata la quantità del flusso lochiale sanguigno si somministrarono due altri cucchiai della solita ergotinina e del vino di Marsala.

La mattina del giorno successivo, quantunque avesse passata piuttosto agitata la notte, la donna non presentava ancora alcun fenomeno che imponesse per la sua importanza; avea temperatura normale, il polso un po' frequente, l'utero piuttosto voluminoso, i lochi abbondanti color lavatura di carne, un po' fetenti. Fu praticato il cateterismo della vescica e fatte varie lavande vaginali

con una soluzione fenicata al 2,50 %. Tali le condizioni della puerpera sino alle 7 di sera, quando dopo essere stata praticata una irrigazione endo-uterina con soluzione fenicata al 2,50 % alla temperatura di 38° con tutte le precauzioni richieste, fu colta da un brivido di freddo della durata di circa mezz'ora e la temperatura raggiunse 40°,2.

Immediatamente dopo la iniezione la donna si lamentava di dolori ipogastrici laceranti continui; diceva che le forze le venivano meno che aveva obnubilazioni visive. Si noti però che i dolori di cui abbiam tenuto parola non si esacerbavano alla pressione e che il polso si manteneva assai regolare, frequente, non celere.

Insonne fu la notte successiva, e la mattina seguente non avendo ancora la donna dopo il parto avuto il benefizio dell'alvo, fu somministrato un purgante oleoso che produsse l'effetto. Essendo i lochi meno fetenti della sera precedente fu creduto bene di non praticare di nuovo la irrigazione endo-uterina e di limitarsi a ripetute lavande vaginali.

Il giorno successivo, 20 aprile, essendosi fatti i lochi scarsi e fetenti e color fondata di caffè ed avendosi una temperatura di oltre 39° nelle ore meridiane ci accingemmo a fare una iniezione endouterina col solito liquido e alla stessa temperatura, ma non appena iniettatone circa un litro e mezzo si dovette desistere perchè la donna si lagnava di forti dolori allo ipogastrio e diceva di sentirsi mancare. Dopodichè comparve il solito brivido, la fisionomia della donna si alterò, si arrossarono i pomelli, sopraggiunse sete inestinguibile, e applicato verso le 4 pom. il termometro segnò 41,5, mentre alle 9 di sera segnava 36,5.

Nella notte, verso le 2, nuovo brivido e nuova ascesa termica 40,5 e più tardi 41. La mattina la puerpera si lamentava di cefalea, il ventre era trattabile, l'utero voluminoso poco contratto, i lochi leggermente fetenti. La temperatura era di nuovo pressochè normale, ma alle 11.30 antim., dopo un brivido di un'ora salì a 41,7.

Alla sera, previa lavanda vaginale, fu con acido fenico puro cauterizzata nella maggiore estensione possibile la piaga placentare e poi introdotti attraverso la cavità cervicale dei tamponi imbevuti di acqua che furono poi tolti alle 9 antim. del giorno seguente, durante il quale tutto procedè regolarmente.

Ma alle 6 antim. del settimo giorno di puerperio un forte brivido durato più di due ore precorse l'esacerbazione febbrile e la

temperatura arrivata a 41,8 diminuì di un grado e tre decimi sol quando verso le 2 pom. furono fatte delle affusioni fredde per circa un'ora. Alla sera avevamo 38,8, temperatura che avemmo presso a poco nel giorno successivo in cui la donna fu abbastanza quieta e fiduciosa che tutto sarebbe terminato perchè diceva dì sentirsi assai bene. Ed infatti i lochi erano sierosi, non fetenti, indolente il ventre, l'utero ridotto nel suo volume e tutto portava ad ammettere che il processo fosse terminato; quando al nono giorno di puerperio, verso le 9.30 antim., si ripetè il brivido della durata di un'ora e mezza, e misurata la temperatura avevamo raggiunti i 40 centigradi. Tale cifra segnandola il termometro anche la sera verso le 6 pom., furono fatte le solite affusioni fredde, ed ottenemmo un abbassamento termico di circa un grado.

La mattina consecutiva, decima giornata di puerperio, T. 37,5, P. 100, R. 29; e nei nove giorni consecutivi che la donna rimase in clinica non si ripetè più il brivido, l'involuzione uterina si compiè regolarmente; la temperatura oscillò intorno a 38 fino al tredicesimo giorno inclusivo, e dopo si mantenne normale.

Il 6 maggio, quando la Camerani lasciò la Clinica, le condizioni generali erano migliorate alquanto, ritornato l'appetito e le forze; la secrezione lochiale erasi ridotta a poche gocce di una sostanza mucosa bianco-giallastra, l'utero rientrato nella escavazione pelvica.

A complemento di questa storia clinica mi piace aggiungere che, essendo ammesso dalla generalità degli ostetrici che le partorienti con placenta previa vanno più delle altre soggette a gravi processi infettivi puerperali, e per il maggior numero di esplorazioni che occorre sempre di fare, e per il contatto diretto della mano e degli strumenti con la ferita placentare che è anche più accessibile agli agenti esteriori, e per lo stato oligoemico in cui la emorragia getta la donna, in questo caso la porta d'ingresso del virus settico e la causa prossima dell'infezione si deve ammettere nella anomala inserzione della placenta.

In questo caso in cui, esplorazioni, distacco placentare e parto eseguiti sotto la nebbia fenica e tutte le altre cautele antisettiche non valsero a sottrarre la donna alla influenza nociva del virus infettante, cautele che hanno trionfato in altre gravi evenienze e della cui importanza ci persuadiamo ogni giorno di più vedendo diminuiti molto i processi infettivi puerperali.

Osservazione 2.ª — Maria Fanti, di Belluno, ammessa alla Maternità il 7 aprile 1883, contava 21 anno; diceva di essere stata sempre sana e robusta, e che iniziatasi a 12 anni la vita sessuale, i catameni eransi sempre mantenuti regolari sotto tutti i rapporti. Esaminatala il giorno 20 fu diagnosticata una gravidanza uterina, semplice, presso al termine, con feto vivo in presentazione di vertice, in donna primipara, con pelvi viziata di primo grado, simmetrica. Dopo questo esame, nel praticare il quale, come ho già detto, fu inscientemente introdotto il dito esploratore nella cavità del collo uterino che era pochissimo raccorciato e non permeabile, facendone sgorgare del sangue, l'utero cominciò a contrarsi e la sera del 21 si effettuò naturalmente il parto.

Il puerperio tenne il seguente andamento:

Nei primi due giorni, ossia il dì 22 e il 23 aprile, nulla vi fu di notevole, la temperatura oscillò fra i 38,8 e i 37 centig, il polso da 70 a 100.

Il 24 la mattina, verso le 4, fu colta da un brivido non forte che durò circa un' ora e la temperatura raggiunse i 38 nelle ore antimeridiane, i 39,2 verso le 6 di sera per tornare dopo a 38. La pressione del ventre risvegliava dolore specialmente nelle fosse iliache, i lochi erano siero sanguinolenti. La notte successiva nuovo brivido più intenso della durata di un'ora, e misurata la temperatura la mattina era 40; la regione ipogastrica e le fosse iliache molto dolenti, i lochi fetenti; circostanza che ci indusse a fare una irrigazione endouterina.

Il giorno successivo la donna, oltre presentare gli stessi fenomeni, ebbe profuso sudore e la sera la temperatura raggiunse i 41 senza essere tale esacerbazione febbrile preceduta dal brivido.

Il 27 aprile, specialmente nella notte, profuso sudore e pur continuando i lochi ad essere fetenti, fu praticata una irrigazione endouterina con una soluzione fenicata al 2,50 % alla temperatura di 38. La sera la temperatura raggiunse i 39.

Il giorno successivo, avendo la temperatura di nuovo raggiunto i 41 centig., furono fatte le affusioni fredde e si ebbe una remissione di un grado. Si fece una iniezione ipodermica di bicloridrato di chinina, ma il termometro segnò di nuovo 41.

Tutti gli accennati disturbi si presentarono meno intensi il 29 aprile, ottavo giorno di puerperio, e tali si mantennero fino alla mattina del 30, quando dopo un forte brivido durato circa un'ora la temperatura da 37 ascese a 41, poi a 41 ½ per scendere a 40

dopo le affusioni fredde. Intanto il ventre era sempre dolente nelle solite sedi, i lochi divenuti mucosi. Nella notte successiva la puerpera sudò moltissimo e la mattina la temperatura era 37,3, ma alle 11.30 antim. si ripetè nuovo brivido e nuova ascensione termica fino a 41,3. Alla palpazione del ventre l'utero si presentava molto voluminoso fisso e le fosse illiache, specialmente la destra, occupate da due masse resistenti che facevano corpo con l'utero. Al riscontro digito-vaginale il collo uterino era fissato e contenuto in un denso essudato anulare che la avvolgeva nella sua totalità come un cercine; fenomeni che ci indussero ad applicare due cerotti vescicatori all'ipogastrio.

Al solito all'alta temperatura successe una marcatissima remissione con sudore profuso e la puerpera nulla presentò di notevole nell'undecimo e dodicesimo giorno di puerperio. La sera senza brivido, la temperatura raggiunse i 40° per ritornare poi a 38° la mattina del giorno seguente in cui alle 11 antim. si ripetè il brivido che ebbe una durata relativamente minore, dopodichè il termometro segnò 40° ½.

Furono fatte di nuovo le affusioni fredde, applicata una vescica di ghiaccio sul ventre che era dolente, dopodichè la temperatura diminuì di circa un grado e la mattina del 5 maggio, quattordicesimo giorno di puerperio, era scesa a 38°,5, la sera a 37°,6 per non oltrepassare nei dieci giorni successivi che la donna rimase nella clinica i 37° centigradi.

In questo lasso di tempo la donna accusava soltanto leggera cefalea e anoressia; la notte e anche fra giorno dormiva tranquillamente; normale mantenevasi la funzionalità vescicale e dell'alvo; la palpazione del ventre risvegliava dolore nella fossa iliaca destra ove esisteva qualche traccia dell' essudato che l'aveva occupata. La Fanti fu trattenuta per qualche altro giorno nella clinica per correggere la grande ipotrofia indotta in lei da questo puerperio morboso.

Nei giorni che come convalescente fu sottoposta alla nostra osservazione si lamentava di un leggerissimo dolore alla fossa iliaca destra che si esacerbava nel camminare, ma anche questo disturbo scomparve e lasciò completamente ristabilita l'Ospizio.

Osservazione 3.ª — Il giorno 28 aprile veniva scelta nel compartimento gravide e portata nell' anfiteatro certa Assunta M...., di anni 22, primipara, per essere ostetricamente esaminata dagli

studenti destinati in quel giorno all' esercizio diagnostico. Anche questa volta il riscontro digito-vaginale non riusci operazione incruenta, e benchè la perdita sanguigna fosse di nessuna importanza, dopo quel giorno la donna ebbe dolori vaganti al ventre, cefalea, disappetenza, orripilazioni sulla sera, giammai però temperatura febbrile. Tali le condizioni della gestante sino alla mattina del 4 maggio 1882, giorno in cui naturalmente partoriva un feto di sesso femminile, vivente, ben conformato, del peso di grammi 3420, della lunghezza di 50 ctm. Dopo l' espulsione del feto si ebbe leggiera emorragia, che ripetutasi anche dopo il secondamento, avvenuto spontaneamente, fu dominata col massaggio uterino e con la somministrazione di un grammo di segale.

Dopo il parto si vide che la donna aveva riportata nell' espulsione del feto una lacerazione perineale di primo grado tale che fu creduto inutile il farne la sutura; l' utero intanto erasi ben contratto, cessata la metrorragia, il termometro applicato alla ascella segnava 37,4.

In tali condizioni si mantenne la donna nei primi tre giorni di puerperio, la temperatura oscillò da 37,4 a 38, il polso da 58 a 70, la piaga genitale di bello aspetto con tendenza al coalito, l'utero voluminoso ma contratto, il ventre un po' dolente nella fossa iliaca sinistra, chiuso.

Nella notte dal terzo al quarto giorno la puerpera fu un poco agitata, ebbe ripetute orripilazioni e visitatala la mattina trovammo il polso piuttosto frequente, la temperatura salita a 39,4, i lochi sanguigni filanti, non molto trattabile il ventre nei quadranti inferiori, contratto l'utero. Si ebbero due scariche alvine semifigurate spontanee, la temperatura la sera era 38,2 per scendere a 37,8 la mattina consecutiva in cui pur mantenendosi dolente il ventre, contratto l' utero ed essendo divenuti fetenti i lochi, alle 10 la puerpera fu colta da forte brivido della durata di un'ora e mezzo con ascesa termica fino a 41.

In tale stato di cose nel concetto che si trattasse di una endometrite si praticarono due irrigazioni endouterine, con la siringa a doppia corrente di Avrard con una soluzione fenicata al 2,50 % alla temperatura di 40 la prima verso le 11. 30 antim., alle 9 pom., la seconda.

Nessuno dei disturbi che talora occorre di osservare dopo di queste, la sera la donna era coperta tutta il corpo di profuso sudore. T. 38 4, P. 120. R. 38.

La mattina del sesto giorno la malata si lamentava di dolori uterini intermittenti che avevanla tormentata anche la notte, i lochi avevano le stesse qualità che prima, per cui si ripetè la irrigazione intrauterina. La temperatura era 38,2, ma verso le due pomeridiane, dopo un brivido durato circa trenta minuti, salì a 39,1; alla sera avvenne la declinazione seguita da copiosa diaforesi che non mancò in tutta la notte e in minor grado anche nel giorno successivo in cui la temperatura oscillando fra 38,1 e 39,6 i lochi avendo perduto il cattivo odore, il ventre non essendo che leggermente dolente, credemmo bene di soprassedere con qualunque cura. Tali si mantennero le condizioni della donna nell'ottavo e nel nono giorno di puerperio mentre al decimo, verso le due pom., il termometro applicato all'ascella segnava 40, esacerbazione febbrile precorsa da brivido prolungato con gli stessi caratteri dei precedenti e seguita da declinazione solamente alla sera. All'undicesimo giorno poi, avendosi temperatura oltre i 39, il dolore nei quadranti inferiori aumentato, i lochi scarsi un po' fetenti, fu di nuovo praticata la lavatura intrauterina e applicati due vescicanti alle fosse iliache.

Il 23 maggio, dodicesimo giorno di puerperio, la temperatura era pressochè normale, il ventre trattabile, i lochi sempre fetenti, mentre il giorno seguente ricomparve il dolore ipogastrico cogli stessi caratteri di prima, la temperatura previo brivido salì a 39 e non scese a 38,7 che la mattina del quattordicesimo giorno in cui dopo ripetute perfrigerazioni oltrepassò nelle ore pomeridiane i 39. Ridottasi la lochiazione scarsa, senza cattivo odore, il ventre sempre leggermente dolente essendo chiuso da qualche giorno, furono somministrati 60 centigrammi di calomelano con cui ottenemmo una deiezione alvina semifigurata. La sera dello stesso giorno quattordicesimo, alle otto pom., la temperatura era 37,4, cifra mai più sorpassata durante il tempo che la puerpera rimase nella clinica pur continuando ad essere tormentata da leggera cefalea, da anoressia, da dolore ipogastrico. Anche questi disturbi scomparvero insieme allo stato ipotrofico indotto dalla malattia e la donna lasciò l'Ospizio perfettamente guarita.

Ho creduto di non far cosa inutile aggiungendo a queste osservazioni i relativi tracciati termografici, i quali meglio della descrizione rappresentano la curva termica dei processi puerperali di cui ho tenuto parola.

INTORNO AD ALCUNI FATTI CLINICI

OCCORSI NELLA

SCUOLA DI OSTETRICIA IN NOVARA

durante l'anno scolastico 1882 - 83

esposti dal Prof. PAOLO NEGRI

Direttore della Scuola

I.

La febbre palustre nel puerperio.

Per le speciali condizioni di una parte della provincia di Novara e della città stessa di Novara, buon numero delle ricoverate nella clinica proviene da paesi infestati dalla infezione palustre e le conseguenze di tal fatto ci vengono manifestamente mostrate e dalla alterata sanguinificazione delle accolte, e dal cospicuo e direi quasi comune, ingrandimento della milza. Alcuni recenti lavori nostrali aveano richiamato alla mente dell'ostetrico la possibilità che l'atto del parto potesse determinare la comparsa della febbre intermittente, fino allora latente, nella puerpera: è specialmente da questo punto di vista che seguii accuratamente tutti i puerperi delle donne sgravatesi nella scuola, e ciò potei ancor meglio fare, e con maggior esattezza valutare i fatti, dal febbraio in poi, data questa che segna la introduzione delle norme antisettiche in modo completo nella clinica.

Sopra circa cento puerpere fui tanto fortunato da imbattermi in due casi che rispondevano interamente ai miei desideri:

mi affretto a sottometterli al giudizio del lettore, riservandomi di far poi susseguire quelle considerazioni che mi pare possano essere opportune e forse necessarie.

Osservazione I.ª — N. N. è una primipara illegittimamente gravida accolta nella clinica ostetrica il 26 febbraio 1883; è servente di professione, ha 20 anni; abitò fino al 15° anno in paese palustre, attese ai lavori nelle risaie ed ammalò ripetutamente ad 8 ed a 15 anni per febbri intermittenti a tipo terzanario, curate sempre con preparati di china. Cessarono solo gli accessi febbrili quando la ricoverata abbandonò il paese natio, per non ricomparire che nell'agosto del 1882; a tale epoca gli accessi febbrili contrassegnati dai consueti tre stadi di freddo, calore, sudore si manifestavano ora a giorni alterni, ora tutti i giorni.

Fu mestruata per la prima volta a 13 anni: la mestruazione comparve poi sempre regolarmente, scarsa in quantità la perdita di sangue, e sempre accompagnata da dolori alla regione dei lombi. L'ultima mestruazione terminò il 2 agosto: su questo dato il calendario circolare del Prof. Tibone segna il parto per il giorno 8 maggio. Al momento dell'accettazione nessun fatto particolare richiama la nostra attenzione sul generale della gravida.

Nell'esercizio diagnostico, praticato dalle allieve il 15 marzo 1883, si potè stabilire: trattarsi di donna primipara, con pelvi ben conformata, gravida alla fine del 7° mese: la gravidanza era uterina, semplice, con feto vivo in presentazione di vertice, occipite a sinistra.

Noto qui che anche in questa donna si fecero ricerche intorno alla frequenza delle pulsazioni radiali nelle tre posizioni eretta, seduta, e supina, ma il reperto avrebbe deposto contro la gravidanza della donna, ciò che era in aperta contraddizione con il patente battito cardiaco fetale riscontrato nel quadrante inferiore sinistro.

Circa un mese dopo la nostra attenzione veniva richiamata su qualche cosa di importante che ci offriva la ricoverata.

19 aprile — 3 pom. — brivido prolungato T. 39,4; il maggior disturbo che accusa la donna è una intensissima cefalea.

20 aprile — 7 ant. T. 37.

20 aprile —	9 ant.	T. 39	P. 120	B. C. F.	160
	2 ant.	» 38,5	» 108	»	160

l'esame somatico ripetutamente fatto è sempre negativo: solo l'area della milza ci risulta ingrandita; nessuna cura.

21 » —	7 ant.	T. 37,6	P. 100	B. C. F.	120
	2 pom.	» 38,3	» 112	»	150
	8 pom.	» 38,8	» —	»	—
22 » —	7 ant.	» 37,4	» 100	»	144
	2 pom.	» 38,3	» 108	»	148
	8 pom.	» 37	» —	»	—
23 » —	7 ant.	» 36,4	» 80	»	108
	2 pom.	» 37,6	» 102	»	128
24 » —	7 ant.	» 36,6	» 84	»	100
	2 pom.	» 36	» —	»	—
25 » —	7 ant.	» 37,7	» —	»	—
	2 pom.	» 36,6	» 82	»	114
26 » —	7 ant.	» 36,4	» 74	»	106
27 » —	7 ant.	» 36,4	» 84	»	104

La poca elevazione termica e le mattiniere intermittenze ci permisero di essere testimoni tranquilli, e non abbiamo in conseguenza per nulla alterato il decorso della cura termica con il nostro intervento. Da questo giorno al 15 di maggio nulla più di speciale s'ebbe ad osservare.

Il parto a termine si compie il 15 maggio alle 9 pom. Periodo dilatante ore 15, periodo espulsivo ore 2; viene espulso un maschio vivo e sano, presentantesi per il vertice in posiz. OISA, peso grm. 3100. Secondamento favorito dalla spremitura; perdita di sangue modicissima. Gli annessi pesanti grm. 550 nulla offrono di speciale. L'esame dei genitali fatto dopo il parto mostra integra la forchetta, lacerato solo a lettera V l'ostio vaginale sulla parete posteriore: l'apice della linguetta che ne risulta guarda all'avanti sulla linea mediana ed in alto.

Andamento del puerperio :

1.° mattina	37,2	62	22
sera	37,8	92	22
2.° mattina	37	72	20
sera	37,8	90	22
3.° mattina	37,2	68	20
2 pom.	38	102	24
8 pom.	38,4	—	—
4.° mattina	37	74	24
5 pom.	39,3	120	—

la elevazione termica è preceduta da *lungo brivido* ed accompagnata da dolore vivo in corrispondenza del globo uterino e da perdita di sangue dai genitali, sangue che in parte si raggruma nella vagina: la ispezione attenta dei genitali mostra *completamente cicatrizzata* la sopradescritta lacerazione a lingua avvenuta durante il parto sulla parete vaginale posteriore. L'utero alla pressione è dolente, l'addome alquanto arcuato.

Nulla si fa di speciale; solo in vista della generale eccitazione si amministrano 20 goccie di laudano e si applica una vescica con ghiaccio in corrispondenza della regione uterina.

5.° mattina	38,4	120	24

Notte completamente dormita; utero duro non dolente; manca odore qualsiasi ai lochi che si mantengono ancora sanguigni.

2 pom.	38,9	106	32
7 pom.	39		

lungo brivido; la donna sta semieretta accusando difficoltà di respiro per un fortissimo dolore che prova in corrispondenza della base del torace sinistro. L'esame dei cavi toracici risulta negativo: solo e colla percussione e con il palpamento si riesce a riscontrare la milza grossa, tumefatta e sorpassante l'arcata costale per più di due dita trasverse e dolorosa alla pressione. Si ripete il laudano; non si dà solfato di chinino per vedere l'andamento naturale della febbre.

6.° mattina	37	84	20

Il benessere è sì spiccato che fa grande contrasto con lo stato della sera precedente: nella notte *sudò profusamente*; l'utero è affatto indolente, i lochi sanguinolenti ancora, per nulla sono fetenti; alle 11 ant. si somministra 1 grm. di solfato di chinina contro l'accesso della sera.

2 pom.	37,1	84	24
7 30 pom.	37,4	—	—
7.° mattina	37,2	72	22

Assolutamente bene. Inutile il dire che in tutto il decorso mai si notò qualche cosa di anormale da parte delle mammelle.

Si alza in 10ª giornata. Esce il 31 maggio.

Osservazione II.ª — Il 9 aprile 1883 è accolta una primipara gravida illegittima, di professione contadina, è arrivata al 25º anno di età, fu mestruata sempre regolarmente dal 14º anno in poi: l'ultima volta cessò lo scolo sanguigno il 2 ottobre.

Dall'ottobre 1882 all'aprile 1883 fu sempre più o meno sofferente per febbre ingruente a freddo e susseguita da calore e sudore: fu curata con preparati chinacei. Durante la sua degenza in clinica quale gravida nulla offrì di degno a ricordarsi.

L'esame istituito a scopo ostetrico ci mostrò una donna di bassa statura con scheletro atrofico, con pelvi generalmente piccola e ciò in armonia con il rimanente dello scheletro. Il feto era vivo in presentazione del vertice.

La gravidanza si interruppe spontaneamente in modo prematuro il 20 maggio; tale fatto va attribuito (oltre alla frequenza già notata dal Prof. Chiara della spontanea interruzione della gravidanza nelle donne a tipo scheletrico atrofico, per probabile poco sviluppo dell'apparato genitale) in gran parte allo incompleto ed irregolare sviluppo dell'utero: fatto questo che si potè solo convenientemente apprezzare durante il travaglio, poichè era solo durante la contrazione che l'utero si mostrava della forma di un triangolo irregolare. La metà deficiente era quella sinistra e si potrà valutarne il grado qualora si badi alle seguenti misure prese durante la contrazione uterina e prima dello scolo del liquido amniotico. Con un compasso da spessezza misurando dal punto di mezzo del margine superiore della sinfisi del pube si segnavano ctm. 20 al punto più alto a sinistra, ctm. 21 sulla linea mediana, ctm. 25 invece sull'estremo più alto a destra.

Il travaglio ebbe un lentissimo decorso nel suo primo periodo che durò 51 ore: quando la bocca uterina era dilatata a circa 2 ctm. la testa (V, OIDP) era già completamente nello scavo. Il periodo espulsivo durò solo 30 minuti; la posizione occipito posteriore si ridusse spontaneamente e fu espulso un maschio vivo pesante gr. 2,100 lungo ctm. 45; il cordone ombellicale faceva un giro al collo. Non s'ebbe emorragia durante o dopo il secondamento.

Andamento del puerperio:

1.° mattina	36,5	68	18
sera	36,6	74	20
2.° mattina	37,1	66	22
sera	37,2	76	20
3.° mattina	37	70	22
sera	37,9	70	24
4.° mattina	37,4	72	22
sera	37,5	80	20
5.° mattina	37,2	64	22

A mezzogiorno legger brivido della durata di 30 minuti.

2 pom.	38,2	76	20
8 pom.	37,5	—	—

L'esame riscontra la *milza ingrandita* dura, a margine tagliente e sorpassante l'arcata costale di circa due dita trasverse.

6.° mattina	37	70	20
2 pom.	37,4	68	20
7 pom.	37,5	—	—
7.° mattina	37,2	64	20

12 meridiane accusa forte dolore alla regione splenica; avvertì lievissimo freddo. T. 38,

sera	37,3	64	24

Da questo momento sempre apiretica. Mammelle, utero, annessi, lochi e genitali furono sempre assolutamente normali.

Esce sana il 7 giugno.

Ambedue i puerperi furono adunque morbosi per febbre comparsa e ripetutasi, preceduta o no da brividi; a qual fattore dobbiamo noi ascrivere questa perturbata colorificazione dell'organismo? Tocchiamo i punti più salienti delle due storie e potremo così più facilmente arrivare alla spiegazione dei fatti.

La puerpera, argomento della prima osservazione, abitò a lungo in paese palustre e fu ripetutamente soggetta ad accessi di febbre intermittente: abbandonato il paese natio la febbre scompare per non ricomparire che all'inizio della gravidanza: poi nuovo periodo di calma fino a che la febbre riappare durante il soggiorno nella maternità quale gravida: la forma febbrile (della quale è riportata sopra la curva termica) incomincia con brivido prolungato alle 3 pom. del 19 aprile e la temp. si eleva a 39,4; al mattino successivo la temp. è di 37, per riportarsi poi a 39-38,5, per essere nuovamente a 37,6 il 21 aprile, e così fino a cessazione completa il 23 aprile; la febbre adunque durante questi quattro giorni avrebbe avuto il tipo intermittente quotidiano: un solo accesso fu preceduto da brivido, in tutti gli altri mancò affatto: la nessuna terapia e la guarigione spontanea del morbo, la nessuna lesione somatica tolto il notabile ingrossamento della milza ci fecero porre a carico della infezione palustre tale febbre.

Procediamo: il parto si compie spontaneamente a termine: non c'è alcun accidente che lo tolga dalla categoria dei parti normali: solo si nota una lesione della mucosa in corrispondenza dell'ostio vaginale. Nel primo e secondo giorno di puerperio la temperatura segna rispettivamente mattina 37,2, sera 37,8. Nel terzo giorno apiressia al mattino, 38,4 alla sera; nel quarto 36 al mattino, brivido alle 5 pom., con elevazione a 39,3 e contemporaneamente un complesso di segni che fa volgere l'attenzione piuttosto ad una forma settica puerperale che non all'infezione palustre; ed infatti con il brivido si nota *dolore vivo* sul globo uterino, e *perdita di sangue* dai genitali. Era ovvio il pensare prima di tutto ad una forma puerperale e con più probabilità ad una forma consecutiva ad innesto settico avvenuto alla lesione della mucosa vaginale; ma l'esame mostra *completamente cicatrizzata* la avvenuta soluzione di continuo. Il decorso ulteriore della temperatura, decorso che chiamerò naturale, ci mostra: mattino del quinto di temp. 38,4, alle 7 pom. altro *lungo brivido* (temp. 39), e questa volta accompagnato da seri disturbi respiratori, che trovavano prima origine nel dolore vivissimo che

provava la donna ad ogni atto respiratorio in corrispondenza del tumore splenico, mentre l'esame statico nulla ci dimostrava da parte del cavo toracico: sola lesione era sempre l'ingrossamento della milza. Infine al mattino del sesto dì la temperatura è spontaneamente scesa a 37, e la donna nella notte ha profusamente sudato.

Tale decorso non potea certo ascriversi a processo puerperale infettivo: il dubbio se era lecito al primo momento (incatenata la attenzione dell'osservatore dai fatti locali sempre imponentesi nel decorso di un puerperio, dolore in corrispondenza del globo uterino, ventre arcuato, emorragia) era affatto tolto quando si potè seguire il corso della febbre, ed ancor più veniva chiaro alla mente il concetto di una forma infettiva palustre pensando agli antecedenti lontani della donna, ed ai fatti febbrili di cui fummo testimoni durante la gravidanza: un'altro appoggio infine trovavamo nella terapia: la non fatta terapia specifica ci mostrava da un lato la naturale intermittenza della febbre, la amministrazione del solfato di chinina troncava invece in modo definitivo qualsiasi accesso febbrile.

Una sola osservazione potrebbe esser mossa contro il nostro ragionamento, la temperatura cioè troppo elevata al mattino del quinto giorno: infatti in quel momento il termometro segnava 38,4: ma a noi riesce assai facile il rispondere anche a questo fatto: è infatti noto come molte volte anche nelle febbri palustri che son quelle che più frequentemente si mostrano tipiche, il tipo sia alterato, oppure possa avvenire che due accessi vengano successivamente a sovrapporsi in modo che il periodo di apiressia non possa esser più controllato dal medico; infine sembra che lo stato puerperale predisponga a queste alterazioni del tipo naturale stando per ciò anche alle osservazioni di Spiegelberg e di Cuzzi.

Vediamo infatti nei casi dottamente illustrati da quest'ultimo osservatore che nella donna argomento della osservazione seconda, la temperatura ascellare al mattino del terzo giorno segnava già 37,7 (temperatura fisiologicamente superiore alla normale) per toccare alla sera 38,8 avendo avuto durante la giornata (1 pom.) perfrigerazione per circa 15 minuti (1).

Passiamo ora alla donna oggetto della seconda osservazione:

---

(1) Cuzzi. Due casi di recidiva di febbre da malaria dovuta al traumatismo del parto. *(Annali di Ost., Gin. e Ped.*, 1880).

si può dirlo subito, qui noi fummo spettatori di una ripetizione di accessi febbrili tanto miti che potremmo senza altro chiamarli accessi in miniatura, qualora ci sia lecito usare di tale espressione. Primipara ancor questa come l'altra, ci avverte che per tutta la durata della gravidanza fu sempre sofferente per febbre che e per i caratteri propri, e per la impiegata terapia certamente doveasi classificare palustre: partorisce prematuramente, e ciò in conseguenza dello arrestato sviluppo del suo organismo (atrofico) ed ancor più dell'incompleto sviluppo dell'utero.

Il puerperio nel primo e secondo dì è affatto apiretico; nel terzo troviamo al mattino 37, alla sera 37,9; nel quarto apiressia assoluta; nel quinto mattina 37,2; a mezzogiorno legger brivido con elevazione a 38,2; nel sesto dì l'apiressia si mantiene assoluta; nel settimo al mattino 37,2; a mezzogiorno dolore alla regione splenica, lievissimo senso di freddo. Temp. 38; alla sera temp. 37,3. Da questo momento l'apiressia si mantiene.

Si vede adunque che le elevazioni termiche si produssero nel terzo, nel quinto e nel settimo dì, che due volte s'ebbe come segno un lieve brivido, una volta invece dolore in corrispondenza della regione splenica.

Il decorso affatto tipico della febbre, la mancanza di ogni disturbo dell'apparato genitale della puerpera, la storia antecedente della subita infezione palustre, il tumore splenico infine dimostrabile con la percussione e con il palpamento, ci fanno ascrivere anche questa forma febbrile a quelle legate alla infezione palustre.

Ed ora che abbiamo giustificato, almeno a parer nostro, la diagnosi, vediamo in qual modo si possa interpretare il fatto, cerchiamo cioè se ci sia un nesso fra infezione palustre da un lato ed atto del parto dall'altro.

I nostri due casi sono alquanto differenti di quelli che offrirono argomento ai lavori dei Prof. Cuzzi e Mangiagalli.

Il primo nel sopracitato lavoro riporta due osservazioni che possono così compendiarsi. 1.ª pluripara con legger vizio cardiaco, tumore splenico antico da impaludismo, gravidanza uterina semplice nella 2ª XVª del nono mese. Da molto tempo non era più soggetta ad accessi di febbre intermittente, e questi ricomparvero nel puerperio. 2.ª IIpara gravidanza nella seconda quindicina del nono mese tumore splenico da antica malaria; gli ultimi accessi a freddo si riprodussero nel 1877 ed il parto si effettuò l'8 aprile 1880; nel puerperio ricomparvero gli accessi.

Il Prof. Mangiagalli espone alla sua volta un caso che si può così compendiare: IIpara: nel corso di questa gravidanza nessuna malattia tolta una lieve emorragia dal pudendo, e *neppure sintomi che alludessero ad infezione malarica, che essa aveva però sofferto ripetutamente prima della gravidanza* (1). Accessi ricomparsi nel puerperio.

A questa stessa categoria vanno certamente unite alcune osservazioni raccolte dal signor Billon nella sua tesi (2), e precisamente le osservazioni seguenti: I.ª accessi ripetuti in giovine età; mancavano gli accessi da circa un anno prima del principio della gravidanza; non si mostrarono durante questa, ricomparvero in puerperio. II.ª Due volte ebbe accessi di febbre palustre: l'ultima volta per la durata di 5 settimane, 18 mesi prima del parto; gli accessi ricomparvero nel puerperio; IV.ª accessi ripetuti prima della gravidanza; nessuno durante questa; si ripresentano in puerperio. VI.ª nessun accidente infettivo palustre durante la gravidanza; l'ultimo accesso l'avvertì qualche mese prima dell'inizio di questa; febbre in puerperio. IX.ª accessi a tipo terzanario prima dell'inizio della gravidanza, mai presentatesi durante la gestazione e ricomparsi in puerperio.

Ebbero invece un decorso molto simile a quello notato nei nostri casi queste altre osservazioni raccolte dal Billon; III.ª accessi periodici al principio della gravidanza, ricomparsi in puerperio. V.ª accessi a tipo terzanario sei settimane prima del parto, accesso coincidente con le prime contrazioni dolorose dell'utero, accessi in puerperio. VII.ª Gravidanza incominciata durante un periodo di recidive febbrili, decorsa in mezzo a serie di accessi a tipo terzanario, sempre fugati con il chinino, ma di nuovo presentatesi 15 o 20 di dopo la cessazione dell'amministrazione del farmaco; la febbre ricomparve nel puerperio. VIII.ª Molti accessi febbrili nei primi mesi della gravidanza; ricomparsa degli stessi in puerperio.

Due adunque sono naturalmente i gruppi nei quali possono suddividersi le ricordate osservazioni: nel primo la febbre intermittente dovuta ad infezione palustre compare durante il puerperio, mentre da tempo antecedente al principio della gravidanza

---

(1) La malaria in rapporto collo stato di Maternità. Lezione (*Annali di Ostet., Gin. e Ped.*, 1883, maggio).

(2) Etude clinique sur les accès de fièvre palustre survenant apres l'accouchement. Paris 1882.

e durante l'intero decorso di questa essa tacque; nel secondo gruppo invece la febbre che s'era mostrata immediatamente prima della gravidanza, o durante il decorso di questa continua a mostrarsi anche nel puerperio. Il signor Billon a pag. 28 della sua tesi ricorda questa divisione che appare nettissima scorrendo le sue osservazioni, ma poi non ne trae alcuna considerazione. A me pare invece che la divisione sia importante e specialmente per lo studio del rapporto esistente fra parto e comparsa della febbre intermittente in puerperio: a spiegare ciò vale la pena di brevemente ricordare le varie interpretazioni date dai differenti autori al fatto.

Solo leggendo il titolo del lavoro del Prof. Cuzzi si vede a qual dottrina sia ricorso per ispiegare il fatto: esso applicò allo stato puerperale quanto era stato fatto nella patologia chirurgica; in seguito ai lavori di Verneuil e di Paget ammise cioè che la infezione *latente* potesse essere risvegliata dal trauma cheaccompagna sempre l'atto del parto. Non mi farò qui a ripetere gli argomenti che ricorda in sostegno della sua idea, ed io rimando senz'altro il lettore a quelle interessanti pagine.

In una successiva pubblicazione il Mangiagalli si scostava alquanto dalla spiegazione del fatto offerta dal Cuzzi, esso emetteva sotto forma interrogativa un'altra ipotesi. Ecco infatti le parole testuali «.... non sarebbe logico l'ammettere, invece di una oscura e nebulosa azione del traumatismo del parto, l'influenza invece di un *raptus sanguinis* in causa della diminuita pressione addominale dopo il parto per cui dalla milza più o meno tumida e ricettacolo e serbatoio di germi, si precipitasse nel circolo generale una maggiore quantità di principii determinanti l'accesso febbrile? (1) » Questa del Mangiagalli si avvicina alla teoria alla quale era arrivato il Cantani e che non è fuori del caso di qui ricordare. In seguito a studi sulla infezione da malaria il Cantani ammise una *infezione malarica latente,* la quale potea aver come cause da una parte diminuzione della capacità di reazione dell'organismo alla causa morbifica, dall'altra una certa cedevolezza della milza nella quale, secondo il Cantani, *risiede e decorre principalmente il processo localizzato della infezione malarica.*

Ciò ammesso, scrive sempre il Cantani, *riesce spiegabile, perchè ogni influenza che spieghi un'azione modificatrice sulla vita gene-*

(1) Il quinquennio 1875-79. Milano 1882, pag. 51.

rale dell'organismo, sull'intiero ricambio materiale, possa facilmente risvegliare la febbre nell'individuo affetto da malaria latente (1). E così che si spiega come il cambiamento di clima, la idroterapia, le frizioni mercuriali, favorendo il versamento nel sangue delle sostanze pirogene contenute nella milza provochino la febbre.

E nello stesso modo agiscono le emozioni deprimenti, le malattie intercorrenti, l'azione della doccia orizzontale sulla milza e la chinina stessa che promuovendo la *contrazione degli elementi contrattili della milza*, favorisce il versamento degli elementi nel circolo (2). Nè queste idee del Cantani a mio modo di vedere hanno perduto una certa apparenza di verità col passare degli anni, che anzi gli studi di Klebs e Tommasi-Crudeli diretti alla ricerca della natura dell'agente specifico, che produce la febbre (3) avrebbero dimostrato che in tutti gli animali infettati con i liquidi malarici si trovò senza eccezione un notevole rigonfiamento della milza (il volume dell'organo si riscontrava cresciuto da 9 a 10 volte): inoltre nel corpo degli animali infettati, gli organismi considerati come la vera causa della malaria ed appartenenti al genere *Bacillus*, si sviluppavano più abbondantemente nella milza e nel midollo delle ossa.

Per conto nostro, stiamo anche noi più vicini all'opinione che il parto favorisca il versamento di questi elementi nel circolo, e possa in tal guisa, cambiando le condizioni circolatorie della milza, sia determinando la contrazione degli elementi muscolari di questo organo, sia in conseguenza della alterata pressione endo addominale, richiamare le forme latenti di malaria: in tal modo e volontieri con il Mangiagalli, sarebbe tolta quell'azione oscura e nebulosa del traumatismo.

Ma abbandoniamo questo terreno dell'azione speciale del parto sul risveglio dello impaludismo come quella che non ci sembra necessaria per la interpretazione dei fatti da noi riportati al principio del nostro scritto e di alcuni di quelli raccolti dal Billon.

Qui infatti noi non ci troviamo di fronte a gravide od a puerpere con infezione malarica *latente:* no, le nostre ricoverate durante la gravidanza, od immediatamente prima del parto mostra-

---

(1) Niemeyer-Cantani. Patologia e terapia speciale. Vol. II. Milano 1871, pagina 749. Nota (2).

(2) Id., l. c., pag, 750.

(3) Sulla natura dell'agente specifico che produce le febbri da malaria (*Atti della R. Accademia dei Lincei,* Vol. III, Seria 3.ª).

rono accessi tipici dovuti alla infezione palustre: in tali casi è proprio necessario il ricorrere all'azione speciale del trauma per ispiegarsi la comparsa degli accessi febbrili del puerperio? Io non lo credo; quella infezione che si mostrava già nell'organismo durante la gravidanza ha più o meno regolarmente continuato a farlo durante il puerperio. Tale è almeno la interpretazione che o darei ai casi di questo gruppo; in tutte queste osservazioni cioè la comparsa degli accessi di febbre intermittente può considerarsi come indipendente dall'atto del parto: certo che questo potrà averne favorito, o facilitato la comparsa, ma non era un momento necessario, poichè la infezione era sempre in corso in modo patente.

Il parto invece può domandarsi quale momento necessario per intendere i casi appartenenti all'altro gruppo, quelli cioè nei quali la infezione da lungo tempo latente venne a manifestarsi durante il puerperio. Non bisogna però dimenticare che in donne gravide provenienti da paesi palustri con tutti i caratteri di una profonda infezione, e con enormi tumori splenici, si possono osservare puerperi affatto apiretici; fatti questi che porterebbero un favorevole contributo alle idee del Ritter, che cioè il parto possa in luogo di risvegliare gli accessi di febbre palustre, tenerli lontani.

L'argomento è tutt'altro che risolto; molte e serie questioni debbono essere ancora a fondo studiate: ma è necessaria la osservazione estesa ed attenta. Sventuratamente per noi, la grande estensione delle zone palustri italiane ci metterà in grado di presto rendere assai ricco questo capitolo della patologia puerperale qualora i pratici tutti vogliano rendere pubbliche le loro osservazioni.

II.

Materiali per lo studio della gravidanza gemellare.

Espongo dapprima due fatti che credo abbastanza importanti l'uno per lo studio della reciproca posizione dei feti nella gravidanza gemellare, l'altro per la sua varietà anatomica, la presenza cioè di una sola placenta, un solo sacco e l'attorcigliamento dei cordoni dei due feti l'uno sull'altro.

Prima però non posso astenermi dal notare un fatto abbastanza singolare verificatosi nel corso dell'anno scolastico nella Scuola di Novara, e cioè che sopra il complesso di 103 parti si riscontrarono ben quattro volte gravidanze composte (tutte gemellari).

Osservazione I.

La ricoverata che ebbe a portare più tardi il n. del parto 71 del 1883, venne accolta nella Maternità quale gravida illegittima il 13 aprile: degeva in altro dei comparti medici per una lunga serie di sofferenze che la donna accusava; tra le altre stando al racconto della gravida, avremmo dovuto controllare la comparsa di accessi febbrili notturni; ma l'applicazione ripetuta del termometro mai riuscì a notare elevazione alcuna della temperatura. È di 29 anni, domestica di professione: sempre si nutrì in modo completo, nè gravi furono le fatiche indotte dalla sua condizione sociale. A 22 anni sarebbe stata malata per ben tre mesi di una forma morbosa probabilmente riferentesi allo stomaco, ma della quale mancano tutti i dettagli: fu mestruata per la prima volta a 12 anni e successivamente sempre in modo regolare; fu altra volta gravida, il parto fu terminato artificialmente, ma nulla in più ci raccontò. L'ultima mestruazione sarebbe cessata il 28 luglio, per cui il parto avrebbe dovuto effettuarsi il 7 maggio. Nel mese di ottobre 1882 notò nausee e vomiti; durante tutto il decorso della gravidanza fu sempre tossicolosa: un fratello sarebbe morto per forma lenta polmonare.

All'esame praticato subito dopo l'ingresso ci apparve assai gracile, denutrita, pallida: l'esame però degli organi toracici, del fegato e della milza non ci permise di constatare grossolane alterazioni; l'esame termico fatto per molti giorni di seguito riscontrava sempre temperature oscillanti da 36,6 a 37,5; il polso batteva da 68 a 78 volte per minuto primo e l'atto respiratorio nella medesima unità di tempo si ripeteva da 18 a 24 volte.

Dall'esame condotto a scopo ostetrico si veniva subito colpiti dallo stato del ventre: era questo assai espanso ma in modo prevalente nel suo diametro verticale (donna supina), per cui quando la donna si metteva in piedi notavasi assai forte grado di antiversione: la parete addominale anteriore era oltremodo sottile ed attraverso questa la mano poteva sentire con tutta facilità a destra ed a sinistra parti piccole fetali, in alto anche de' grossi estremi fetali.

Ragione per cui anche all'esame il più superficiale, ricordando l'esagerato volume del ventre e la moltiplicità dei rilievi fetali si poteva con tutta facilità emettere la diagnosi di gravidanza composta. Ma tuttavia non riuscivasi ad un primo esame a stabilire la mutua posizione dei feti, nè mai si riuscì a stabilire più focolai distinti del battito cardiaco fetale.

Abbiamo accennato alla grande distensione del ventre; ecco in appoggio qualche cifra. Il giorno 13 aprile la circonferenza addominale a livello del bellico è di ctm. 107; il giorno 8 maggio ctm. 108; il 12 maggio ctm. 113, il 20 maggio ctm. 121; quest'ultima misura può dare un' idea esatta dello stato di distensione al quale dovevano essere ridotte le pareti addominali. L'edema agli arti inferiori si notò nell'aprile ed in tutto il maggio; ma quello della *regione soprapubica* non comparve che il 21 maggio, ossia soli giorni 6 prima del parto; per tutta la durata della gravidanza l'urina ripetutamente esaminata si mostrò limpida, acida e *senza albumina.*

Ed ecco ora il risultato della palpazione addominale quale potea farsi nella prima metà del maggio. Sullo stretto superiore palpavasi una parte voluminosa ma non dura nè resistente quale sarebbe stato un estremo cefalico; contemporaneamente quantità grande di parti piccole fetali in corrispondenza della zona ombellicale, un grosso estremo con caratteri del capo nel quadrante superiore sinistro, ed altro pure con caratteri della testa veniva sotto la mano in corrispondenza dei limiti fra inferiore e superiore quadrante di destra: ma quello che colpiva era il fatto che deprimendo fortemente la mano in corrispondenza della regione ombelicale si arrivava sopra una specie di piano segnato da rilievi e solchi che dava tutti i caratteri della cassa toracica fetale e non riusciva neppure difficile il far subire a questa specie di massa un movimento di ascensione e di discesa, al quale non partecipava la supposta testa messa nel quadrante superiore di sinistra.

Col riscontro vaginale lasciati da parte i caratteri di questo canale proprio della multipara, il collo appariva tutto rammollato e solo con un po' di difficoltà si toccava rivestita dell' inferiore segmento la parte presentata estesa, molle, richiamante per i suoi generali caratteri l'ovoide podalico nella varietà natiche.

Come deduzione diagnostica si suppose in conseguenza:

1° che nell'utero fossero contenuti due feti; 2° che questi

due feti fossero rispettivamente collocati l'uno innanzi dell'altro; 3º che il feto posto posteriormente si presentasse con l'ovoide podalico; 4º che quello posto anteriormente si presentasse invece con un piano laterale.

Ma restava ancora il dato offerto dalla ascoltazione; per quanto cioè si ripetesse l'esame, e con tutti gli artifici, ci venne sempre fatto di percepire un solo battito cardiaco, il cui maximum poteva segnarsi in corrispondenza della zona ombelicale; ciò non ostante mantenemmo la nostra diagnosi, interpretando la speciale disposizione dei feti, disposti a mo' di croce l'asta verticale rappresentata dal feto posteriormente posto, la trasversale da quello anteriore, come causa di tale nostra impotenza a localizzare i due focolai. — Il parto dimostrò esatta la nostra supposizione.

Infatti il 26 maggio le contrazioni uterine incominciarono ad iniziarsi: il 27 alle 9 ant. la bocca uterina è dilatata a circa tre centimetri di diametro: la parte presentata alta con i caratteri del podice; alle 2,50 pom. si rompono spontaneamente le membrane, si constata la presentazione dell'ovoide podalico varietà natiche in posizione S. I. S. A : alle 4 pom. le natiche sono alquanto impegnate nello stretto superiore; alle 5 pom. la pelvi fetale è nello scavo e lo scroto arriva alla vulva; alle 7 il parto non è per nulla progredito nonostante che le contrazioni uterine si sieno regolarmente succedute, solo è avvenuto un moto di rotazione sull'asse verticale del feto, per cui il sacro fetale che dapprima corrispondeva al tubercolo ileo-pettineo sinistro, ora guarda direttamente il sacro materno; la donna è febbricitante, per cui visto la lunghezza del periodo espulsivo e lo stato febbrile si intervenne: cloronarcosi, applicazione del forcipe Lollini ai lati del bacino materno che cade anche ai lati del bacino fetale: il forcipe durante le tirate ha tendenza a scivolare, ma tenendo fissi i manici mediante un laccio si riesce ad impegnare l'ovoide nell'anello vulvare; si crede ciò sufficiente, si toglie il forcipe, ma con meraviglia dell'operatore e degli astanti la parte impegnata scatta e torna in parte a nascondersi: le dita però con tutta facilità la riconducono e l'estrazione si compie senza accidenti.

Il dorso fetale si portò spontaneamente a sinistra. Il feto è un maschio vivo pesante grm. 2400, lungo ctm. 49 (25-24); in corrispondenza della metà sinistra della pelvi mostra una leggiera

impronta della cucchiaia del forcipe. Nessuna lesione nè alle parti molli nè alle dure; osservato per otto giorni nel comparto esposti ove fu subito portato, si mantenne sempre sano e senza alcun disturbo funzionale.

Estratto il primo feto si palpa attraverso le pareti addominali ed uterine e si sente il 2° feto presentantesi con la spalla sinistra dorso anteriore; è facile ridurne l'ovoide podalico sullo stretto superiore. Circa un'ora dopo la estrazione del 1° feto si rompono artificialmente le membrane del secondo uovo e constatandosi la presenza dell'ovoide podalico varietà natiche, si introduce la intera mano nel cavo dell'utero e si abbassa il piede sinistro che vien portato alla vulva: così s'era provveduto al modo di una pronta liberazione qualora ne fosse sorto il bisogno. Mostrandosi infatti insufficienti le contrazioni uterine e volendo ultimare il parto, visto lo stato febbrile della partoriente, qualche tempo dopo si estrasse anche il secondo feto che era ancora un maschio vivo, pesante grm. 3020, lungo ctm. 51 (28-23). Il secondamento fu favorito dalla spremitura, non fu preceduto, nè accompagnato nè seguito da emorragia, contro la quale però si usarono il massaggio uterino e la segale cornuta in modo profilattico (cosa che del resto si fa per qualsiasi parto).

L'esame degli annessi che complessivamente pesano grm. 730 mostra: due placente distinte lassamente aderenti per un piccolo tratto; ma lievi tirate bastano a completamente dividerle; ogni placenta ha il suo corion ed il suo amnios: fra i due corion là ove sono adesi si trova un sottile strato di decidua. Il primo uovo presenta due aperture nelle sue pareti: la prima è quella corrispondente alla bocca uterina; la seconda sulla sua parete anteriore in corrispondenza del setto fra i due sacchi ed accompagna nella cavità del 2° uovo. gli annessi del 1° feto pesano grm. 360 e la placenta ha una circonferenza di ctm. 60, un diametro trasverso di 16 ctm., uno longitudinale di 21; quelli del 2° pesano grm. 370, circonferenza della placenta ctm. 50, diametro trasverso 13, longitudinale 15.

Il puerperio decorse morboso per febbre ripetutasi ad accessi; forma morbosa che lasciò assai dubbio intorno alla causa, oscillando questa fra una forma settica (flebite) ed una forma palustre: rimase il dubbio diagnostico, ma la donna guarì ed in 14ª giornata potè abbandonare il letto ed il 30 giugno la Clinica in eccellenti condizioni puerperali, malaticcia nel resto come lo era da tempo non breve.

Osservazione II.

È una contadina legittimamente gravida, accolta nella Clinica il 13 giugno 1883, di anni 25; fu già gravida altre due volte: male nutrita, con vitto quasi esclusivamente vegetale, fu obbligata a lavorare nelle risaie e ne riportò febbri a tipo intermittente che a suo dire la tormentarono per circa 40 dì nel suo primo puerperio. Le due gravidanze antecedenti furono portate a termine, i parti spontanei, i feti espulsi vivi.

L'ultima mestruazione cessò il 28 ottobre per cui l'epoca del parto avrebbe dovuto essere il 3 agosto. All' esame si riscontra: donna oligoemica in profondo modo, della tinta propria dei sofferenti per forme palustri. Non si riscontra lesione apprezzabile agli organi toracici, invece nell'addome appare subito un *tumore splenico cospicuo* (diam. longitudinale ctm. 22). Gli arti inferiori sono edematosi e la donna ci avverte che tale edema data da otto giorni, che aumenta alla sera, che quasi scompare al mattino. L'urina estratta con il catetere è acida, limpida, con intenso colore rossastro ma non contiene albumina. La donna da 3 o 4 dì sente senso di peso nella pelvi ma nega recisamente di provare qualche cosa di simile alla contrazione uterina.

L'utero si presenta un po' più voluminoso di quello che non dovrebbe essere per l'epoca della gravidanza; al fondo uterino a destra si palpa una piccola sfera che ha i caratteri di una una testa, ed il riscontro vaginale trova: collo quasi completamente cancellato, dilatato a 3-4 ctm. e dilatabile: borsa amniotica sporgente in vagina in guisa da assumere la forma di un orologio a polvere, la parte strozzata corrispondente al contorno della bocca uterina: nello scavo mobilissima una parte con tutti i caratteri di una testa. Riassumendo tutte le impressioni: volume dell'utero alquanto maggiore di quello che avrebbe dovuto essere per l' epoca della gravidanza; risultato della palpazione ed esplorazione; interruzione spontanea della gravidanza; ci misero sulla via della diagnosi probabile di una gravidanza gemellare.

(Continua).

CASUISTICA GINECOLOGICA

Dalla Clinica Ostetrico-Ginecologica di Firenze
diretta dal Prof. Cav. D. CHIARA

Da 25 ammalate di forme varie che sono in questo momento nella Clinica Ginecologica di Firenze, e da 10 casi curati con le injezioni endouterine di tintura jodica, si tolgono le due storie seguenti non destituite di qualche altro interesse clinico, oltre la efficacia dimostrata dalla tintura jodica. Gli è specialmente nel rispetto della diagnosi che le 2 osservazioni meritano siano ricordate: così mentre nella 2ª la diagnosi veniva resa difficile dalla non chiara fenomenia, per cui si dovette per alquanto tempo esitare tra la semplice retroversione e la retroversione da fibroma della parete posteriore dell'utero, nella 1ª non fu possibile, a malgrado della esplorazione tattile diretta, venire a capo di formulare una diagnosi anatomica soddisfacente.

Osservazione 1.ª

Metrorragie ricorrenti gravi da causa ignota. *(Erosione della mucosa e degenerazione grassa de' capillari per anemia??)* Injezioni endouterine di tintura alcoolica di jodio. — Guarigione.

Il giorno 24 maggio 1883, sotto il N. 88 di registro, venne ammessa nella sezione ginecologica di questo Istituto certa G. M.

di 43 anni, vedova, di professione sarta, per essere curata dalle metrorragie, alle quali essa va soggetta da qualche tempo. Dall'anamnesi risulta che il padre della malata è morto probabilmente per cancro epatico all'età di 54 anni; la madre morì in età avanzata per tabe senile; 2 fratelli ed una sorella sono vivi e sani. La malata racconta d'essere stata sempre, fino dalla sua prima infanzia, molto gracile e malaticcia; in seguito alla sua debolezza fisica ha dovuto spesso curarsi coi ferruginosi e con altri ricostituenti; non ha però mai avuto malattie d'importanza. La prima mestruazione le comparve a 18 anni, non accompagnata da disturbi di sorta; di poi stette per un anno amenorroica ed in questo spazio di tempo la sua salute era ancora meno soddisfacente; era più pallida e spesso soffriva di vertigini e cefalea. Ristabilitasi nuovamente la funzione mestrua, questa si è mantenuta in seguito sempre regolare soltanto per qualità e periodo, durava solo 2 o 3 giorni, in quantità scarsissima e di tanto in tanto accompagnata da dolori alla regione sacro-lombare. Fra i periodi mestruali la malata fino d'allora è stata sempre soggetta ad uno scolo leucorroico di materie ora dense filanti, ora sciolte, di colore giallo-biancastro. Non aveva però nè dolori nè sensazione di peso al fondo dell'addome, nè disturbi dal lato della vescica e del retto. A 30 anni si maritò e nella vita coniugale lo stato suo abituale di salute risentì un notevole vantaggio. Ha avuto 4 gravidanze normali, tutte condotte a termine; i primi 3 parti come i puerperi sono stati fisiologici, nell'ultimo parto che data da 6 anni e mezzo ebbe una emorragia post-partum che la ridusse in condizioni gravi di anemia, della quale si è rimessa molto lentamente.

I disturbi che condussero la malata a cercare ricovero in questo Istituto datano da circa 3 anni ed incominciarono nel modo seguente: per 2 o 3 epoche mestruali il flusso sanguigno era in quantità quasi insignificante ed invece veniva dai genitali un liquido, ora come lavatura di carne, ora di colore sporco leggermente fetente; alla successiva epoca mestruale ebbe una metrorragia molto grave accompagnata da dolori e che la obbligò a tenere il letto per circa un mese. Dopochè la malata si era ristabilita un poco dall'anemia le mestruazioni ritornarono ad essere regolari come solite in lei e per circa un anno non ebbe a risentire alcun disturbo. Quindi ebbe un'altra menorragia non così grave come la prima ma tale da obbligarla a stare in letto per

qualche giorno. Ritornò poscia di nuovo a stare bene fino al mese di febbraio p. p. quando incominciò uno stillicidio sanguigno dai genitali, ora più, ora meno forte e che ha perdurato fino al giorno della sua entrata alla maternità.

All'esame obbiettivo la malata ci si presenta di statura media, di pelle molto pallida, tendente al giallognolo; il pannicolo adiposo sottocutaneo scarso, muscoli flacidi e sottili, sistema osseo regolare, le mucose visibili pallidissime. All'esame degli organi toracici non si trova altro di notevole che un soffio dolce al focolaio della mitrale; questo soffio si ripete ai grandi vasi. L'impulso del cuore è debole e frequente. Nulla di anormale agli organi addominali. La palpazione non risveglia dolore alla regione ipogastrica, nè fa avvertire resistenza insolita. Nulla di anormale agli organi genitali esterni. Col riscontro digito-vaginale si trova la vagina ampia piuttosto corta, la porzione vaginale del collo grossa e di consistenza pastosa, liscia ed assai regolare è situata posteriormente ed un poco a sinistra; l'orificio esterno è aperto da permettere l'introduzione dell'apice del dito nel canal cervicale fino all'orificio interno pure dilatato un poco.

Col riscontro bimanuale si avverte l'utero nell'asse, assai mobile, aumentato uniformemente di volume e di consistenza un poco pastosa; la compressione non risveglia dolore. Nulla di notevole si trova agli annessi dell'utero. All'esame collo speculnm si trovano le mucose della vagina e della porzione vaginale del collo molto pallide, non presentanti nessuna erosione nè ulcerazione; l'orificio esterno è beante e permette in parte l'ispezione della mucosa cervicale che non presenta nulla di anormale. La sonda penetra con facilità nella cavità dell'utero per 8 centim. e mezzo senza risvegliare dolore e senza urtare contro qualche corpo che fosse contenuto dentro.

Nel primo giorno dell'ammissione dell'ammalata in questo Istituto la metrorragia era in quantità insignificante per cui si ordinò alla malata il riposo e qualche injezione vaginale fredda. L'indomani alle ore 1 pom. la malata venne colta da una metrorragia intensissima; il sangue sciolto ed a grumi fluiva con tale veemenza e con tale rapidità che accorsi subito dalla donna, l'abbiamo trovata in stato di anemia acuta: il polso era piccolissimo, celere ed irregolare, le estremità fredde; la malata giaceva sul letto in istato di deliquio. Le fu subito fatto il zaffo vaginale con batuffoli imbevuti di acqua di Pagliari; fu messa in posi-

zione colla testa bassa, quindi si praticarono injezioni ipodermiche coll'etere e coll'ergotina di Nienhaus; la malata fu coperta con panni caldi e le si amministrò degli eccitanti per bocca.

Dopo questi soccorsi la donna cominciò a riaversi, il polso si fece più pieno e regolare. Il zaffo vaginale fu lasciato per 24 ore; in questo tempo non venne più goccia di sangue, ma la malata era molto inquieta e si lagnava di dolori in tutta la persona. Nei 2 giorni seguenti le condizioni della malata si mantennero soddisfacenti; dai genitali fluiva del siero sanguinolento in piccolissima quantità. Non avendo trovato nell'esame fatto la causa palpabile delle metrorragie così gravi, il Prof. Chiara pratica la dilatazione del canale cervicale per potere fare l'esame della cavità uterina col dito, alla maniera dello Schultze; a quest' uopo introdusse nell' utero 3 cilindri di laminaria di media grossezza, legati assieme con 2 lacci elastici. Il giorno appresso, cioè il 28 giugno, dopo levati i cilindri di laminaria si trovò il canale cervicale largamente aperto; il professore esaminò la cavità dell'utero e trovò la mucosa liscia dappertutto, non escluso agli angoli tubari, dove, secondo Schultze, si trovano non infrequentemente dei piccoli adenomi che sono la causa non rara di metrorragie. Le pareti uterine un poco floscie, non presentavano punti di maggior spessezza del normale. Riponendo nella floscezza ed abnorme vascolarità della mucosa e forse in qualche erosione di queste, che sfugge all'attenta palpazione, la causa precipua delle metrorragie, il professore pratica lo zaffo uterino con dei piccolissimi batuffoli legati a corona con un filo ed imbevuti di percloruro di ferro. Questo zaffo che venne sopportato benissimo dalla donna si levò dopo 12 ore. Nei 2 giorni seguenti la metrorragia non si ripetè più e le condizioni della malata si mantennero assai soddisfacenti, non presentando altro che un leggiero aumento di temperatura verso sera (da 38 a 38,5°) come nei giorni precedenti. Il primo giugno si affaccia di nuovo stillicidio di sangue, ma assai insignificante; nella notte del 2 giugno venne espulso un grumo grosso quanto un uovo e nella giornata si ripetè la metrorragia; il sangue perduto venne calcolato a circa 150 grm.; per cui si ricorse di nuovo al tamponamento vaginale. Lo stato della donna peggiorò alquanto; nella notte era molto inquieta; si lagnava di dolori all'epigastrio, per cui si amministrarono due pillole di opio, la temperatura era di 38,5°. Con vino Marsala e brodi buoni si riuscì a mettere un poco di forze alla malata. Il giorno

appresso, 3 giugno, si pratica un'injezione intrauterina colla tintura di jodio che la malata sopporta bene. D'allora in poi non si sono più ripetute le metrorragie, soltanto per qualche giorno si aveva uno scolo dai genitali di materie giallo-scure leggermente fetenti, che cessarono dopo ripetute irrigazioni coll'acqua fenicata al 2 per cento. Le condizioni generali, dietro la somministrazione di ferruginosi, del vino forte e di un buon vitto, sono andate a poco a poco migliorando. Nei giorni 10 e 16 giugno sono state ripetute le injezioni intrauterine colla tintura di jodio. Fino dal giorno 18 la donna si trova fuori di letto ed attualmente rimessa di molto dalla grave anemia — è alla vigilia di lasciare l'Istituto.

Dott. Bloch
Medico Assistente.

Osservazione 2.ª

Fibroma della parete posteriore dell' utero con retroversione — Emorragia copiosa e ostinata — Injezioni endouterine di tintura jodica — Guarigione della emorragia e diminuzione del fibroma.

Il letto N. 19 della sezione ginecologica era occupato da una certa Concetta V.... levatrice, maritata, VIpara, di anni 26. Comparsa in lei per la prima volta a 12 anni la mestruazione, non ebbe mai un decorso regolare, mai una quantità costante, quasi sempre fu accompagnata da dolori ipogastrici e lombari.

Delle sei gravidanze le prime tre furono condotte a termine, le due successive cessarono spontaneamente e senza causa nota, circa al terzo mese, l'ultima terminò con un parto naturale rapido di un feto maturo il 17 luglio 1882. Frutto delle gravidanze a termine sono quattro bambini tutti sani, due dei quali, i primogeniti, allattati dalla stessa madre, gli altri dati a balia, uno per ragioni professionali e l'altro per essersi sospesa la secrezione lattea.

L'ultimo parto di cui sopra è parola fu seguito da puerperio febbrile; la febbre, secondo quello che racconta la malata, veniva sulla sera, preceduta da qualche orripilazione, non raggiungeva una cifra elevata, aveva un periodo breve; nello stesso tempo era

tormentata da dolori intermittenti allo ipogastrio simili a quelli del parto, qualificati anche dalla nostra levatrice come morsi uterini; i lochi non erano fetenti.

Febbre e dolori spontaneamente scomparsi dopo 15 giorni, la donna continuò l'allattamento del suo bambino, che dovette cessare per essersi sospesa quasi completamente la secrezione del latte.

Tre mesi di allattamento dopo un puerperio febbrile e la impossibilità per parte della donna di poterne riparare le perdite con un vitto proporzionato perchè tormentata da fenomeni dispeptici, avevano già fatta sentire su lei la loro influenza anemizzante; era pallida, debole, malinconica, facilmente irritabile. E tanto erano di ciò da incolparsi le sovraesposte cause che sottrattane ad esse, riacquistò l'appetito, le forze; l'umore ritornò come abitualmente gaio.

L'utero, che anche durante il puerperio aveva funzionato normalmente, se si eccettuavano i dolori post-partum di cui sopra è parola, non cagionò più alcuna molestia alla donna, la quale rivide il tributo mensuale per la prima volta dal parto il 25 dicembre 1882.

La perdita durò come quasi tutte le mestruazioni precedenti, 15 giorni, fu relativamente abbondante, accompagnata da dolori ipogastrici, cessò spontaneamente, in modo che la donna credendola una mestruazione ordinaria, soltanto un po' più copiosa, non se ne dette cura.

Intanto nessun disturbo la tormentava, poteva esercitare la sua professione di levatrice e accudire alle faccende domestiche, e così se la passò senza avere alcuna perdita, sia fisiologica che patologica, dai genitali fino al primo di aprile 1883.

La perdita sanguigna che essa ebbe nella prima quindicina di questo mese, sì per la quantità, sia per la qualità del sangue, fu dalla nostra donna ritenuta per una mestruazione al solito un po' abbondante, ma decorso questo tempo e pur continuando il flusso sanguigno, essa cominciò giustamente a dubitare che fossero stati varcati i limiti fisiologici tanto più che la emorragia cominciava ad imporre anche per la quantità.

Chiamò il medico, che non emancipatosi ancora dai pregiudizii volgari e seguendo l'andazzo dei più, si ricusò di praticare il riscontro vaginale per la esistente emorragia e si limitò a pre-

scrivere qualche applicazione fredda sull'ipogastrio e delle prese di segale cornuta.

Questi rimedi, il riposo e principalmente la provvida natura ridussero la perdita ad un stillicidio sanguigno continuo che però continuando fino ai primi di giugno aveva fatta sentire la sua triste influenza sull'organismo della nostra inferma.

Un secondo medico sopracchiamato diagnosticava un fibroma uterino e la consigliava, in riguardo specialmente all'emorragia che si era riaffacciata, di portarsi all'Ospedale ove fu accolta la sera del dì 8 giugno.

Praticammo subito l'esame obbiettivo da cui risultò:

Donna di alta statura, scheletro regolarmente conformato, sviluppo muscolare normale, pannicolo adiposo in discreta quantità coperta da pelle di colorito roseo molto pallida come le mucose visibili. Negativo l'esame degli apparecchi nervoso, respiratorio e digerente praticammo quello degli organi della zona genitale.

La ispezione, la palpazione, la misurazione, la percussione e l'ascoltazione del ventre dirette allo scopo sopracitato non ci fornivano risultati importanti; nulla si apprezzava di anormale nei genitali esterni dai quali fluiva il sangue in discreta quantità. Colla esplorazione interna si sentiva la vagina ampia, molto dilatabile, di lunghezza normale, ricoperta di mucosa liscia, umida; la porzione sottovaginale del collo aumentata di volume e di consistenza, levigata, diretta verso la sinfisi pubica, permeabile l'orifizio esterno.

Mentre colla mano sinistra si esercitava una certa pressione diretta dall'interno all'esterno e dall'alto al basso attraverso le pareti addominali, portando il dito esploratore dallo avanti allo indietro si poteva percorrere tutta la parete posteriore dell'utero che era quasi in posizione orizzontale e facente corpo con questa parete ma a contorni ben distinti si apprezzava un tumore sferoidale resistente, liscio, del volume di una piccola arancia, che innicchiato nel parenchima uterino, ne dominuiva la mobilità. L'esame oculare praticato collo speculum del Cusco confermava che il collo uterino era un po' aumentato di volume, ricoperto di mucosa rosea, con epitelio integro, aperto nel suo orifizio esterno, gemente continuamente del sangue.

La sonda dimostrava che l'utero era aumentato di volume, poco mobile, più pesante del normale, retroverso e retroflesso.

Tali i risultati dell'anamnesi e dell'esame obiettivo; dai quali ben valutati scaturiva la diagnosi di *fibroma interstiziale della parete posteriore dell'utero.*

La prognosi era subordinata alla emorragia, contro la quale urgeva ora dirigere i nostri mezzi curativi, come quella la quale sola dava sentore alla donna della malattia e che pur continuando ne avrebbe forse messa in pericolo l'esistenza.

Essendo pure l'orifizio interno del canal cervicale permeabile al tubo della siringa Braun, nei primi tre giorni che la donna era in Clinica fu subito data la preferenza alle injezioni endouterine, due delle quali furono fatte con acqua Pagliari, con tintura alcoolica d'iodio l'altra. Contemporaneamente si praticavano delle injezioni ipodermiche di ergotina Nienhaus alla regione ipogastrica, e tutto ciò valse a diminuire la perdita che in questi giorni era stata continua e in discreta quantità.

Al quarto giorno l'orifizio interno del canal cervicale ostacolando la libera introduzione del becco della siringa, ne fu praticata la dilatazione con un cilindro di laminaria, e tosto il giorno successivo potemmo a nostro bell'agio injettare nel cavo uterino la solita sostanza medicamentosa. Dopo questa una terza injezione endouterina di tintura jodica e qualche altra ipodermica della solita ergotina bastarono perchè la perdita nel breve spazio di dieci giorni si sospendesse affatto.

Dirò di più, che la nostra inferma nè immediatamente alle injezioni endouterine di tintura jodica, nè dopo ha presentati disturbi che si potessero attribuire al metodo curativo, anzi credo bene notare che nella nostra Clinica ove quasi tutti i giorni vi facciamo ricorso abbiamo sempre trovati degli uteri tollerantissimi e una sola volta abbiamo osservati fenomeni d'iodismo a differenza di quello mi è occorso una volta di vedere fuori dell'Ospizio in una signora la quale dopo una injezione endouterina di tintura d'iodio presentò fenomeni decisamente allarmanti.

Certo è che la nostra malata nei sette od otto giorni durante i quali come convalescente si trattenne in Clinica, non perdette più neppure una goccia di sangue, riacquistò le forze, la pelle riprese il colorito roseo e praticata prima di licenziarla la esplorazione vaginale, trovammo l'utero sempre retroverso e retroflesso, ma diminuito molto di volume, e ciò principalmente per la riduzione volumetrica del tumore che ne occupava la parete posteriore.

Così essa in uno stato di relativo benessere non disconoscendo la possibilità di una recidiva della emorragia lasciò la Clinica.

Dott. Vittorio Frascani.

NB. Era in corso di redazione questa istoria quando si presentò alla nostra osservazione un caso analogo e ancora più dimostrativo, perchè la emorragia che durava da circa due mesi venne immediatamente arrestata da una sola injezione di tintura jodica, e un altro in cui a due injezioni jodiche tenne dietro la mortificazione della buccia di un fibroma sottomucoso del fondo dell'utero e la eliminazione di esso.

RASSEGNA

LETTERATURA TEDESCA

G. Heinricius. — Morte improvvisa durante il parto *(ruptura aortae)*, estrazione di un feto vivo *(Centralblatt f. Gynaek.* N. 1, 1883).

Il 24 febbraio 1882 alle 4,20 pom. venne accolta nella Clinica ostetrica di Helsingfors una IIIpara, d'anni 38. Dopo essere stata prima in una camera da bagno, passò alla maternità vestita in modo molto leggiero e difettoso, lamentandosi di freddo. Essa si sentì sempre bene prima e durante la gravidanza. L'addome era molto sviluppato, il fondo dell'utero si spingeva fino allo sterno, il dorso del feto a sinistra, le piccole parti fetali a destra: battito cardiaco fetale debole. Esplorata alle 4,50 si rilevò quanto segue: bocca uterina dilatata quasi completamente, vertice alla parte media dello scavo in posizione O. I. S. A., dolori normali, donna tranquilla. Alle 5 fu colta improvvisamente da un crampo violento alla mandibola inferiore ed alle estremità, che durò solo un paio di minuti secondi, dopo il quale collasso e morte: applicato il forcipe si estrasse un feto vivo. Dalla morte della madre alla estrazione del feto decorsero 5 minuti. All'autopsia pericardio ripieno di sangue in parte fluido, in parte coagulato: entrambe

le pagine del pericardio liscie e sottili: deposizione di adipe sul cuore molto contratto, lungo 12 centimetri, largo 10: miocardio rosso-bruno e sodo. Endocardio sottile, muscoli papillari bene sviluppati, apparato valvolare sano. Circa 1 ½ centimetri al disopra delle valvole aortiche, la parete dell'aorta ascendente è rotta in tutta la sua circonferenza ad eccezione di una striscia di solo 1 ctm. La rottura, i cui margini sono lisci, si estende attraverso la tonaca interna e media; tra questa e l'avventizia il sangue è penetrato disseccando in alto le due tonache per un piccolo tratto ed in basso perforando avventizia e pericardio è entrato nel sacco pericardico. Nel sistema vasale nulla degno di nota, tranne che un evidente assottigliamento dell'aorta nel luogo della rottura ed una piccola chiazza sclerotica nell'aorta stessa alquanto al disopra della rottura. L'autore ripone la causa della rottura nell'aumento di pressione aortica durante una forte contrazione dell'utero e dei muscoli addominali e nella letteratura a lui accessibile non ha trovato alcun altro caso di questo genere.

MANGIAGALLI.

Winckel (di Mülheim). — Sull' uso degli strumenti di estrazione collocando la partoriente sul fianco *(Centralblatt f. Gynaek.* N. 2, 1883).

L'autore prende le mosse da un lavoro di Fritsch, nel quale questi afferma avere l'applicazione di forcipe nella posizione sul fianco un sicuro avvenire nei casi di stenosi pelvica ed asserisce come lo scopo che Tarnier si propone col suo forcipe complicato sia facilmente raggiungibile applicando il forcipe ordinario a donna collocata sul fianco. Le ragioni per cui nella pratica questa posizione non viene adottata l'autore le trova specialmente nel fatto che gli studenti nelle Cliniche lo vedono applicare soltanto nella posizione dorsale e nell'altro fatto che i fantocci sono costruiti in modo da raffigurare quest'ultima posizione. Eppure a chi è famigliare all' anatomia della pelvi, la posizione della partoriente in riguardo all'applicazione degli strumenti dev'essere indifferente. E d'altra parte soltanto chi si trovò alle prese colla difficoltà d'ogni genere che si affacciano all'ostetrico quando opera nella classe povera, può farsi un'idea adeguata da una parte della difficoltà che si trova a porre la donna nella posizione sacro-dorsale o per ragioni di spazio o per deficienza di aiuti ed anche per mancanza di scranne e d'altra parte della comodità della po-

sizione di fianco, operando nella quale l'autore ottenne notevoli risultati nella sua lunga pratica in una regione ricca di viziature pelviche anche in casi in cui la testa era molto elevata e la pelvi molto viziata. Vantaggi di tale posizione sarebbero il togliere alla vista della partoriente tutto ciò che si riferisce all'atto operativo, l'introduzione più facile degli strumenti (l'unico modo possibile in alcuni casi di osteomalacia), la maggior facilità delle trazioni, colle quali quindi si può dispiegare un lavoro maggiore, una sorveglianza più facile e più metodica dei genitali esterni. Sarebbe poi specialmente vantaggiosa nelle applicazioni di forcipe a testa posteriore al tronco.

MANGIAGALLI.

Fraenkel. — Morte prematura di un feto gemellare per strangolazione causata dall'avvolgimento attorno al collo del suo proprio cordone, e ritenzione dello stesso feto sciolto dai suoi attacchi funicolari alla placenta, sino al parto dell'altro feto vivo e a termine *(Centralblatt für Gynaek.*, Num. 3).

È un contributo alla non ricca casuistica della morte intrauterina per avvolgimento del cordone al collo. Dopo l'espulsione del 1° feto vivo del peso di grm. 4250, senza che una seconda borsa si formasse e nuove acque colassero, venne espulso un feticino macerato, raggrinzato (dal 4° al 5° mese), appiattito il quale presentava attorno al collo 5 anse strette di cordone, il quale vi si portava risalendo su per la spalla destra; l'addome di questo feto era ampiamente aperto e ne protrudevano anse del tenue. La placenta era grande, spessa, ricca di sangue, unica, con un unico chorion ed un unico amnios: al centro di essa inserivasi il lungo e sottile funicolo del feto vivo, mentre ad un diligente esame non vi si scorgeva traccie dell'inserzione del funicolo del feto macerato, il cui estremo placentare mostravasi sottile, arrotondato, come si fosse staccato per l'influenza della torsione progressiva. Anche l'esame della cavità uterina escludeva la ritenzione di una placenta spettante ad esso. Di casi di strangolazione del feto durante la gravidanza per avvolgimento del cordone al collo. oltre ai sette accennati da Schroeder nel suo trattato, l'A. addita anche quello di Busch e Moser e quello di Schwarz e Jameson. È noto come Schroeder spieghi l'azione comprimente del cordone sul

collo o sugli arti a cui si avvolge non in modo primitivo ma ammettendo che collo sviluppo progressivo delle parti fetali, l'ansa diventi relativamente troppo stretta. L'autore accettando questa possibilità riguardo agli arti crede necessaria un'altra spiegazione riguardo al collo in certi casi, e questa dovrebbe ricercarsi in una rapida compressione per avvolgimento del cordone *primitivamente* troppo stretto. Egli ammette questo meccanismo per il suo caso e ripete dalla compressione dei vasi del collo la causa della morte.

MANGIAGALLI.

Kehrer. — Sulla terapia della necrosi di compressione degli integumenti cranici fetali *(Centralblatt für Gynaek.,* Numero 4, 1883).

Non è rarissima l'osservazione di placche più o meno estese di necrosi degli integumenti cranici del feto dovute alla compressione da essi subita in corrispondenza del promontorio, dell'arco pelvico anteriore, ovvero per opera del forcipe. Nel periodo antecedente all'antisepsi tali lesioni non godevano di buona rinomanza: denudazione delle ossa, ovvero erisipele, ovvero produzioni di tratti cicatriziali privi di bulbi piliferi ne erano le conseguenze ordinarie. Anche attualmente non sempre è facile evitare tristi conseguenze: anche con un'antisepsi accurata è qualche volta difficile od impossibile evitare lo sviluppo di bacterii in tessuti morti e destinati a cadere e talune volte essa non può ottenersi dalle levatrici o dai profani. Fatta colle dita di un aiuto una debita compressione del capo poggiante sopra un piano resistente verranno compressi i rami anteriori frontali, occipitali e temporali, l'autore propone e mise già in pratica con esito favorevole, di escidere quella zona di tegumenti necrotizzati, destinati ad essere eliminati, disinfettando la piaga con una soluzione allungatissima di sublimato (1: 20,000), riunendo quindi i margini con qualche punto di sutura.

MANGIAGALLI.

Heinricius. — La prima menstruazione in 3500 donne in Finlandia *(Centralblatt f. Gynaek*, N. 5, 1883).

È uno studio fatto nella Clinica di Helsinghfors: la popolazione della Finlandia è formata per $^6/_7$ da Finni, per $^1/_7$ da Svedesi.

La prima	mestruazione	comparve ad	11	anni in	9	donne
»	»	»	12	»	33	»
»	»	»	13	»	135	»
»	»	»	14	»	440	»
»	»	»	15	»	765	»
»	»	»	16	»	846	»
»	»	»	17	»	560	»
»	»	»	18	»	347	»
»	»	»	19	»	198	»
»	»	»	20	»	102	»
»	»	»	21	»	41	»
»	»	»	22	»	12	»
»	»	»	23	»	7	»
»	»	»	25	»	4	»
»	»	»	26	»	1	»

Come media la prima menstruazione comparirebbe a 15 anni, nove mesi e 25 giorni. MANGIAGALLI.

Zweifel. — I pericoli della puntura dei cistomi ovarici *(Centralblatt f. Gynaek.* N. 7, 1883).

M. St. d'anni 24, accolta nella Clinica di Erlangen, presentava a sinistra un tumore ovarico con intensi dolori al lato sinistro, che indussero nel clinico il sospetto di una torsione del peduncolo. Per quanto la diagnosi di tumore ovarico fosse sicura si procedette ad una puntura esploratoria, per la quale si ebbe la certezza trattarsi di una cisti dermoide.

Già durante l'estrazione del liquido la paziente si mise a gridare e a lamentarsi di dolori violenti nell'addome: 10 minuti più tardi la paziente stava malissimo, la faccia si era fatta pallidissima, era inco-

minciato un vomito violento, l'addome era dolentissimo alla pressione; la cannula del trequarti si era ritirata al primo apparire dei dolori. Fatta la diagnosi di passaggio del liquido cistico nel cavo peritoneale si fecero tosto i preparativi per la laparotomia. Incise le pareti addominali si trovò infatti una piccola raccolta di liquido cistico fra il grande omento e la parete cistica in corrispondenza del tragitto della puntura. Il peduncolo del tumore aveva subìto tre giri di torsione. Fatta un'accurata disinfezione, il peduncolo stretto in due parti con filo di seta venne affondato. L'operata guarì.

Era questa la 55ª laparotomia dell'autore; solito a fare la puntura esploratoria e lo svuotamento del tumore coll'apparecchio di Potain, non aveva mai visto presentarsi alcun accidente. Questi accidenti sono la suppurazione della cisti, la decomposizione del liquido, la puntura di un grosso vaso nelle pareti addominali o cistiche, l'ingresso de liquido cistico nel cavo peritoneale e per esso l'insorgenza di un'acuta peritonite. I due primi possono facilmente evitarsi, il terzo può ridursi al minimo servendosi di un ago sottile, il quarto può avvenire come dimostra questo caso anche servendosi di una cannula trequarti sottilissima. La possibilità dell'insorgenza di pericolosi accidenti per la puntura pone in dovere l'operatore di farla in tali circostanze di tempo e di luogo e di preparativi da poterla far seguire immediatamente dalla laparotomia. MANGIAGALLI.

Rabenau. — Chiusura dell'orificio esterno come ostacolo al parto *(Centralblatt f. Gynaek*, N. 7, 1883).

Nel 1881 A. Martin pubblicava un caso di ematometra consecutivo a tifo: nel corso di questo l'intiera porzione vaginale del collo gangrenatasi erasi staccata, residuandone una stenosi cicatriziale dell'orificio, che aveva poi avuto per conseguenza l'ematometra. Incisa la cicatrice erasi mantenuto in sede per un mese un tubo di drenaggio, ma allontanatosi questo la cicatrice si retraeva, per cui esciso il tessuto cicatriziale l'endometrio venne unito con sutura alla mucosa vaginale. L'orificio rimase aperto poichè nel principio del 1882 la donna diveniva gravida. La gravidanza decorse in modo normale. Le doglie cominciarono il 13 novembre, si presentava il vertice, e il segmento uterino che lo ricopriva era molto espanso, e la bocca uterina era indicata da una fossetta poco profonda. Dopo un'aspettativa di alcune

ore, durante la quale, malgrado energiche contrazioni, le condizioni locali erano immutate, venne chiamato Martin.

Attraverso la bocca uterina poteva ancora passarsi una sonda uterina; con una forbice curva si fecero 4 incisioni ed i margini di esse vennero riuniti in modo da dividere il segmento inferiore in 4 lembi. Onde impedire una lunga compressione delle parti la donna venne liberata col forcipe estraendo un feto voluminoso. Le incisioni si estesero però alquanto e ne venne una emorragia piuttosto grave, per cui da ambo i lati venne fatta una legatura in massa dell'arteria uterina e quindi i margini delle ferite vennero suturati in modo da unire la mucosa uterina con quella vaginale. Il puerperio decorse normale e solo alla sera del 2º giorno si ebbe una temperatura di 38º: durante l'atto operativo si era mantenuta una permanente irrigazione delle parti. I fili vennero allontanati dopo 4 settimane. L'utero si è riformato bene e restò un orificio moderatamente ampio.

MANGIAGALLI.

Hausmann. — La ricerca dei bacilli tubercolosi nel secreto degli organi genitali femminei *(Centralblatt f. Gynaek.*, N. 8, 1883).

L'autore in una breve nota accenna all'importanza di tale ricerca nella tubercolosi degli organi genitali femminei, fra cui più frequente quella della tube, oggidì che per gli studi di Koch, di Ehrlich e di molti altri venne assegnato alla tubercolosi una forma ben determinata di bacillo. Veramente a lui non si presentò ancora l'occasione di esaminare i secreti in casi di sospettata tubercolosi degli organi genitali, ma volle accennare all'importanza di tale esame, tanto più che esso fu trascurato in un caso pubblicato recentemente in cui l'autopsia dimostrò appunto la tubercolosi dei genitali muliebri. Esso offrirebbe anche l'occasione più sicura e più comoda per esperimentare l'influenza dei mezzi locali ed interni sui bacilli e quindi sulla tubercolosi stessa.

MANGIAGALLI.

Neugebauer. — Un caso di fistola vescico-vaginale inguaribile *(Centralblatt f. Gynaek.,* N. 9, 1883).

Non essendo operabile la fistola, venne praticata la chiusura del canale vaginale. Nella cavità vescico-vaginale venne quindi a formarsi un grosso calcolo di fosfato di calce, che aveva tendenza a farsi strada all'esterno in corrispondenza del diaframma vaginale artificiale, per cui inciso questo si estrasse per questa via il calcolo: indi si passò nuovamente alla chiusura della vagina che riuscì completamente al 3° tentativo non essendosi ottenuto nei due primi che un successo parziale.

MANGIAGALLI.

Fehling. — Deve l'olio fenicato conservarsi nella pratica ostetrica? *(Centralblatt f. Gynaek.,* N. 10, 1883).

Fino all'anno 1881 l'olio fenicato ebbe un dominio quasi inconteso come mezzo antisettico: in esso si conservava il catgut, in esso si deponevano gli strumenti prima dell'atto operativo, con esso si ungeva il dito o la mano dell'esploratore. Dopochè Koch pubblicò nell'anno accennato le sue ricerche sulla disinfezione, da molte parti si abbandonò senz'altro l'olio fenicato, poichè non gli si riconosceva nessuna proprietà disinfettante, il che era messo in evidenza dalle ricerche di Koch, specialmente quelle interessantissime di confronto fra le soluzioni oleose e le soluzioni acquose di acido fenico, le quali ultime erano micidiali a quelle medesime spore ed a quegli stessi bacilli che si conservavano inalterate nelle prime. La questione posta da Fehling ha quindi una notevole importanza pratica, tanto più che Zweifel e Volkmann avevano già ritrovato dei bacterii nel catgut malgrado l'olio fenicato. L'abbandono di questo è però tutt'altro che generale: senonchè dalle ricerche di Wolffhugel e Knone si rileva come l'olio fenicato ceda nna parte di acido fenico alle soluzioni acquose. Venendo quindi l'olio fenicato in contatto coi tessuti e coi succhi organici del corpo umano, in base agli accennati rapporti di diffusione esso cederà ad essi una parte di acido fenico: in questa guisa soltanto noi possiamo aspettarci un'azione antisettica dell'acido

fenico contenuto nell'olio fenicato sui bacilli eventualmente contenuti nei secreti cervicale e vaginale. Invece gli oggetti secchi, come strumenti, seta, catgut non possono essere disinfettati, non avendo luogo alcuna diffusione. Che poi l'olio fenicato venendo a contatto con parti che contengono acqua ceda una parte dell'acido fenico, lo dimostra il bruciore di cui qualche volta si lamenta la donna quando la si esplori col dito generosamente unto di olio e di vaselina fenicata, lo dimostra il bruciore che prova anche l'ostetrico quando accidentalmente abbia nel dito una qualche escoriazione. Il valore della disinfezione del dito sarebbe ad ogni modo minimo, ma quando esso sia stato prima lavato e conservi quindi un certo grado di umidità, allora possiamo ripromettercì una disinfezione maggiore. Da queste considerazioni il lettore può trarre lui la conclusione pratica di non abbandonare in modo assoluto, ma nello stesso tempo di non fare troppo a fidanza coll'olio fenicato al quale ad ogni modo è a preferirsi la vaselina fenicata, benchè ad essa si rivolgano le stesse considerazioni.

Per conto mio ne traggo un'argomentazione di più a favore dei preparati di sublimato corrosivo per la disinfezione degli strumenti, della seta, della mano. MANGIAGALLI.

Rumpe. — Un caso di taglio cesareo col metodo Porro *(Centralblatt f. Gynaek.,* N. 11, 1883).

L'operazione venne praticata dal Prof. Dohrn nella Clinica ostetrica di Marburg il 24 novembre 1882, sopra una primipara d'anni 38, con pelvi rachitica pseudo-osteomalacica la cui C. V. venne calcolata 60 mm., all'inizio del travaglio, il quale si manifestò inaspettatamente e tolse quindi all'autore di operarla, come aveva divisato fuori di travaglio. Riuscì facile sgusciare l'utero integro col processo di Müller; stretta quindi la cervice uterina con un tubo di gomma dello spessore di 7 mm., si incise l'utero e si estrasse un feto lievemente asfitico che venne tosto rianimato; allora l'accennata legatura di gomma venne stretta ancor di più e mantenuta mediante un klammer di piombo. Il moncone venne poi con punti di sutura cucito all'angolo inferiore ed ai margini della ferita.

La perdita di sangue fu affatto minima. La paziente soccombette 90 ore dopo l'operazione, dopo avere presentato un meteorismo di

grado notevolissimo senza aumento di temperatura. L'autopsia non dimostrò alcun segno di peritonite all'infuori del meteorismo; soltanto dal lato addominale del moncone si trovò una scarsa raccolta di pus giallo chiaro alquanto spesso limitata dalle aderenze di un tratto dell'intestino tenue in vicinanza del cieco col moncone. Il lume del tratto intestinale aderente era notevolmente stenotico, mentre la regione intestinale situata al disopra era meteoritica in modo colossale. E quindi il meteorismo doveva riguardarsi come la causa principale della morte, e come causa del meteorismo poteva considerarsi l'avvenuta aderenza, la quale poi poteva riconoscere la sua origine dalla precoce necrosi purulenta del moncone. Ovvero, poichè col metodo Porro havvi lesione di grossi tronchi nervosi, poteva supporsi che ad essa fosse dovuto il meteorismo sviluppatosi quindi in modo primitivo, e poi aggravatosi per il fatto dell'accenata aderenza.

Due settimane circa più tardi la seconda operata del Prof. Porro doveva avere l'eguale sorte per aderenze contratte da un'ansa intestinale nel campo della ferita addominale, e forse in entrambi i casi le pazienti potevano sfuggire alla morte mediante la riapertura del cavo addominale come nel caso di Riedinger. MANGIAGALLI.

Kaltenbach. — Erosioni dei capezzoli come punti d'infezione puerperale *(Centralblatt f. Gynaek*, N. 5, 1883).

Opitz. — Sulle erosioni dei capezzoli e sugli stati irritativi della ghiandola mammaria *(Centralblatt f. Gynaek.,* Numero 12, 1883).

Rennert. — Sulla eziologia della mastite puerperale *(Centralblatt f. Gynaek.,* N. 12, 1883).

È noto come le erosioni e le ragadi dei capezzoli decorrano qualche volta con temperatura elevata a 40° e più. Questa febbre la si poneva il più delle volte a carico delle irritazioni delle fibre nervose messe a nudo, ovvero della sensibilità ed irritabilità individuale considerevole e si dava una grande importanza alla profondità della lesione. L'esperienza non è in armonia con tale ipotesi. Ben di frequente si constata un'alta febbre con ragadi piccole e superficiali,

mentre d'altra parte la febbre può mancare quando queste sono profondissime ed estese. L'Autore vide parecchie volte decorrere afebbrili degli strappi quasi completi del capezzolo che si conservava ancora aderente per alcuni condotti galattofori conservati. Il momento più importante per la produzione degli stati febbrili e degli stati irritativi locali è posto dall'autore nella deposizione in tali punti e nell'assorbimento di materiali infettanti che possono essere forniti in larga copia o dalla levatrice che attende alla puerpera o dalle mani della puerpera stessa, o dalle pezzuole o dalla bocca del poppante quando sia sede di affezioni micotiche ed ulcerative. A comprova di tale origine riporta un caso eloquentissimo di una eresipela che ebbe una ragade come punto di partenza, ed in questo caso medicava la paziente già in 5ª settimana di puerperio una levatrice la quale attendeva a due donne affette da gravissima sepsi puerperale. L'importanza di tali erosioni come punti di possibile innesto di materiali settici, risulta dal nesso che esiste fra essi e la mastite puerperale e dalla dimostrata utilità dell'acido fenico contro di esse e contro le complicanze. La teoria della stasi del latte come causa di flogosi solleva un gran numero di obbiezioni e lascia molti casi senza spiegazione sufficiente.

La teoria dell'infezione per la via accennata ci offre un punto fisiologico di partenza per un'acconcia profilassi e per una cura razionale. Le ragadi del capezzolo e la mastite stanno nello stesso rapporto causale che le lesioni del collo e la parametrite: se quelle si mantengono asettiche si hanno probabilità di una mastite così poco come quelle di una parametrite ove si mantenga perfettamente asettico il canale genitale. Già lo Spiegelberg aveva posto la proposizione che le cause ingeneranti la flogosi della mammella per regola vengono dall'esterno per la via dei capezzoli e delle aperture dei dotti galattofori. L'autore va più oltre e dice che la mastite non si produce senza la concorrenza di un momento infettante. Quali sieno i corollarii pratici è facile il presumerlo, mantenere asettiche le erosioni. I medici mettono a sacco l'arsenale terapeutico in cerca di sostanze astringenti, cauterizzanti, di pomate di ogni genere: il meglio si è fare un'accurata profilassi ed una rigorosa antisepsi.

Opitz non accetta in tutto le conclusioni di Kaltenbach. Secondo l'autore non si può negare che la secrezione lattea nella donna appartenga a quei processi fisiologici che facilmente assumono un andamento e un carattere patologico. Quando le nutrici con difettosa

attività del seno continuano ad allattare il loro bambino, occorrenza discretamente frequente vuoi per avidità di guadagno, vuoi per amore del proprio bambino, insorge non di rado un quadro morboso che per qualche riguardo ricorda il tifo. Egli fa quindi un quadro vivissimo a tinte fosche delle sofferenze della nutrice e del poppante quando vi sia un grave squilibrio tra l'attività funzionale alla prima e le esigenze nutritive del secondo e si dimanda se, pur ammessa l'importanza delle erosioni come porte d'ingresso di materiali settici, non dobbiamo, in quei casi in cui manca la prova dell'avvenuta deposizione del materiale inquinante concedere la nostra più grande attenzione al sovra affaticamento dell'organo, come momento genetico dello stato febbrile e delle altre sofferenze. E che la risposta debba essere affermativa lo dimostrano quei casi in cui noi possiamo quasi con alterna vece indurre o togliere lo stato irritativo e lo stato febbrile, attaccando il bambino al seno materno, ovvero rimuovendolo.

Rennert riconosce come nella gran maggioranza dei casi sia a ricercarsi nell'assorbimento di materiale settico dalle ragadi del capezzolo il momento genetico della mastite puerperale. Pure si danno casi nella pratica che riconoscono un'altra origine senza perciò uscire dal campo della mastite puerperale. La rarità di tali casi lo induce a pubblicare quello caduto sotto la sua osservazione. Il 24 aprile venne chiamato a visitare una signora gracile, anemica, di 20 anni, che aveva partorito quattro settimane prima per la quarta volta. Essa aveva continuato ad allattare, ma negli ultimi giorni soffriva enormemente per molteplici ragadi profonde da ambo i lati. Sospeso l'allattamento, medicate le ragadi con una soluzione di acido fenico al 5 per cento, esse guarirono in 4 giorni senza che ne venisse disturbo dal sospeso allattamento. Il 4 maggio venne nuovamente chiamato: la paziente si lamentava di dolori al seno sinistro ed aveva febbre: affatto all'infuori dell'areola si osservava un cordone tuberoso sensibilissimo, duro, la pelle non presentava alterazioni, il capezzolo era perfettamente guarito. L'urina era scarsa, sanguinolenta, conteneva cilindri ed albumina. Temp. 39,2 Edema ai malleoli: fece diagnosi di flemmone maligno con nefrite consecutiva settica. — Nel giorno seguente eguali sintomi si presentano a destra, ma contro ogni aspettativa il processo si risolve, la nefrite guarisce e l'anamnesi intanto apprende l'estrema disposizione ad ammalarsi di nefrite della paziente, come egli stesso ebbe a constatare un'altra volta in

seguito ad una lieve angina: d'altra parte in ognuno dei puerperii antecedenti aveva presentato gli stessi fenomeni renali senza quelli della mastite verso la 5ª settimana. È notevole il fatto che in tutti gli intervalli fra questi ripetuti attacchi di nefrite le urine si conservavano perfettamente senza albumina. Di fronte a questi fatti egli crede che la diagnosi primitiva si debba modificare ed accettare invece il concetto diagnostico che la nefrite fosse primitiva e la mastite causata dall'azione irritante dei materiali di riduzione circolanti in copia eccessiva per il fatto della nefrite. MANGIAGALLI.

L. Homburger. — Contributo alla tecnica del trattamento del peduncolo nell'amputazione sopravaginale dell'utero (Dalla Clinica del Prof. FREUND) — *(Centralblatt für Gynaekologie,* N. 31, 5 agosto 1882).

Riportiamo brevemente la istoria del caso di amputazione sopravaginale dell'utero per fibroma, dove venne messa in esecuzione la proposta modificazione del Prof. Freund per il trattamento del peduncolo.

La malata venne ammessa allo spedale colla diagnosi di fibromioma dell'utero e con fenomeni di trombosi della vena femorale sinistra. Guarita da quest'ultima malattia venne trasferita alla Clinica ginecologica. Dall'anamnesi risulta che la paziente ha avuto sempre regolari le mestruazioni della durata di 2 a 3 giorni; dei 5 parti normali i due ultimi avvennero 6 settimane avanti il termine; l'ultima gravidanza data da 7 anni.

Da circa tre anni la malata cominciò a soffrire di menorragie accompagnate da dolori alla regione sacrale ed alla coscia sinistra e seguite da leucorree; più tardi si aggiunse anche iscuria. Da un anno solo il ventre cominciò ad aumentare notevolmente di volume, specialmente alle epoche mestruali. All'esame obbiettivo la paziente si presentava magra, un poco anemica, ma del resto sana. L'addome era disteso da un tumore di consistenza elastica, del volume di un utero gravido al 10° mese. Circonferenza massima dell'addome 4 dita al disotto dell'ombellico 1 metro; distanza fra il bellico alla sinfisi pubica 21 ctm. ed all'apofisi ensiforme 20 ctm. La porzione vaginale grossa e tumefatta, la porzione sopravaginale lunga e stirata in alto

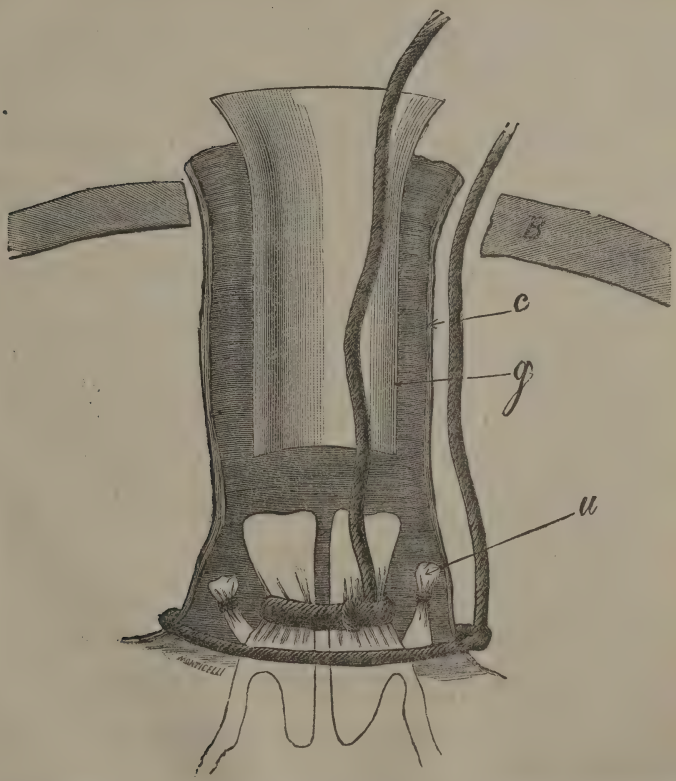
a destra faceva corpo col tumore. La sonda penetrava anteriormente nella cavità uterina per 15 ctm. I ligamenti rotondi si palpavano bene sui lati dell'utero.

Non trovando più indicata la castrazione a motivo del volume grande del tumore si procede all'amputazione sopra-vaginale. Il Professor Freund decise di non seguire il metodo extra-peritoneale sostenuto da Pean e Hegar e che consiste nel fissare il peduncolo alle pareti addominali; e neppure il metodo dello Schröder il quale sutura i margini ben aggiustati del moncone lasciato in sito chiudendo le pareti addominali a peduncolo perduto. Il metodo extra-peritoneale cagiona assai spesso un notevole stiramento del moncone e consecutive ernie addominali; il metodo intraperitoneale ci rende quasi affatto impotenti contro un'eventuale emorragia dal peduncolo o la putrefazione di questo che potrebbe dare luogo all'infezione del peritoneo. Si trattava dunque di riunire i vantaggi di ambedue i processi evitando possibilmente i difetti ancora ad essi congiunti. — Per il Prof. Freund si doveva arrivare all'ideale *separando completamente il peduncolo ed i suoi secreti dal cavo peritoneale senza esercitare alcun stiramento in sito.* Per ottenere questo intento il Prof. Freund si propose di fissare il peduncolo allacciato con una legatura elastica, in un tubo impermeabile portando questo all'esterno. In questo modo si poteva aspettare: 1) che i secreti potessero avere libero deflusso all'esterno ed in caso essere anche aspirati; 2) che il moncone dopo separatosi potesse essere estratto dal tubo; e finalmente 3) che la minima emorragia potesse attrarre immediatamente l'attenzione, potendo, se l'emorragia è forte, tirare fuori il peduncolo per mezzo dei fili di legatura portati all'esterno.

I particolari della tecnica di questo processo si rilevano dalla descrizione dell'atto operativo eseguito il dì 8 maggio. Cloroformizzata la malata si fa un taglio sulle pareti addominali mettendo allo scoperto il tumore; quindi si fanno doppie legature sui legamenti larghi, col filo di seta sul lato uterino e col cautchouc sul moncone laterale; poi si escidono le parti mediane assieme colle ovaie. Subito dopo si fa una legatura a doppio giro alla maniera del Hegar con un tubo di gomma al livello dell'orificio interno e quindi si asporta l'utero col coltello. La superficie del taglio e dei monconi dei ligamenti larghi si cauterizzano. I tre monconi si introducono in un condom di cautchuc tagliato all'estremità chiusa. Il condom stesso viene legato al disotto della legatura principale con un tubo di cautchuc più sottile. A tutte le legature si taglia un'estremità lasciando l'altra che

si porta al di fuori. Fatto la toilette del peritoneo si introduce nel sottile condom per tenerlo fisso, un tubo di vetro leggermente curvo che colla sua estremità aperta più sottile a margini leggermente ingrossati posa sul moncone. Tutte le estremità delle legature si fanno passare attraverso il tubo di vetro ad eccezione di quella appartenente al condom medesimo che naturalmente va lasciato fra questo e la ferita addominale; quest'ultima viene suturata ad eccezione dell'angolo inferiore da cui sporge l'apparecchio a drenaggio. Nel tubo di vetro si introduce un pennello di cotone secondo la pratica di Hegar per occludere ed aspirare il secreto.

Per miglior spiegazione copiamo qui l'annessa figura schematica.



B. Pareti addom — *C.* condom — *g* tubo di vetro — *u* moncone di un ligamento largo. I due fili di legatura che si fecero passare attraverso il tubo di vetro non sono indicati per non complicare la figura.

Il decorso della guarigione non presentava niente di anormale; una volta sola si ebbe una temperatura di 38,2. L'interessante di questo caso consiste nel decorso del processo di guarigione locale. Il pennello di cotone introdotto nel tubo di vetro veniva cambiato dapprima 3-4 volte al giorno, in seguito soltanto 2 volte, essendochè la secrezione di color scuro, inodora che veniva dal moncone era in quantità insignificante.

Per maggior cautela si aspergeva il pennello di cotone coll' iodioformio. Gli ultimi punti di sutura vennero tolti all' undecimo giorno dopo l'operazione. Al 12º giorno il tubo di vetro era talmente spinto fuori della ferita che bisognava sostituirlo con un pezzetto di grosso tubo a drenaggio; anche questo venne tolto dopo 5 giorni. La secrezione puriforme era sempre piccolissima.

Il moncone che ogni giorno si tentava di levare facendo delle prudenti trazioni sulle legature stava ancora fisso; intanto il canale si restringeva sempre più dalle rigogliose granulazioni.

Il 18 giugno la paziente abbandonò per la prima volta il letto. Il 20 giugno siccome il moncone non si era ancora separato, si applicò un clamps sui fili della legatura tirati fuori il più ch' era possibile, esercitando così una trazione continua.

Il 3 di luglio 56 giorni post-operationem si riuscì finalmente di tirar fuori la legatura del condom ed a tagliarla; e dietro un tiramento più energico vennero fuori i monconi dell' utero e dei ligamenti larghi. La superficie inferiore del moncone si presentava convessa, liscia, di color grigio-biancastro e di un odore caseoso particolare; senza dubbio il moncone era già separato da qualche tempo, ma era trattenuto dalle granulazioni che lo ricoprivano. Dopo poco il canale si riempì di granulazioni e la ferita si cicatrizzò completamente. La paziente si trovava in condizioni lodevoli e la sua nutrizione migliorò notevolmente.

L'unico inconveniente nel decorso della guarigione del caso narrato consistente, secondo l'A., nella lunga ritenzione del peduncolo, si potrà evitare in altri casi rimovendone le cause che consistono:

1) nella legatura non sufficientemente forte da produrre un'azione tagliente;

2) nell'ostacolo che offrivano le granulazioni che coprivano il moncone già separato.

La prima causa si potrà rimuovere facendo una legatura elastica più forte, fissata in un giro solo; la seconda si eviterà introducendo

un tubo di vetro sottile dopo avere levato quello grosso fino alla completa caduta del peduncolo.

L'A. quindi tira la seguente conclusione: se da un caso solo si può dedurre le indicazioni per il suddescritto processo, lo si deve supporre adattato per i monconi cervicali molto grossi, essendo per i monconi sottili più conveniente la legatura perduta fatta con seta. Non è neppure commendevole, secondo l'A., di lasciare perduto un peduncolo grosso con la legatura elastica.

A. Bloch.

LETTERATURA ITALIANA

Nuove ricerche di anatomia normale e patologica sull'intima struttura della placenta nella donna e nei mammiferi. — Sunto di tre lettere a stampa dirette dal Prof. **G. B. Ercolani** all'illustre Prof. **A. Kölliker.** — Bologna, Tip. Gamberini e Parmeggiani, 1883.

Non parrebbe dovesse essere vera ma pur troppo si può assicurarsi che non solo in Francia, ma anche in Italia dopo tante e tante dimostrazioni scientifiche e prove lampanti di chiarezza, le teorie del Prof. Ercolani sulla intima struttura della placenta, alcuni non conoscono ancora, ed altri con troppo facilità pospongono a teorie che rigurgitano d'errori. In Inghilterra ciò non accade perchè il Turner le confermò e si diè cura di divulgarle.

Largo compenso ne ottenne perchè alcune scoperte del Prof. Ercolani furono ritenute invece come di lui: anche in Germania si crede il Langhaus autore delle osservazioni sulle radici d'attacco dei villi fetali nella placenta della donna, osservazioni che ugualmente si devono al ricordato Prof. Ercolani.

Questi ora si propone di ricercare le cause degli errori de' suoi avversarii e la ragione della grande divergenza fra le opinioni sue e quelle dello illustre Kölliker, e con tutto il rispetto e la massima stima per questo grand'uomo l'Ercolani dirigendosi per mezzo di let-

tere all'istologo tedesco, garbatamente e in bella maniera gli addita i punti nei quali le teorie della Scuola kollikeriana crollano e che andrebbero sostituite da novelle affermazioni, da quelli che gli indefessi suoi studi gli dan il diritto di propagare essendo basati sul vero.

Additeremo una di quelle cagioni che l'A. ha molto bene investigato e dimostrata naturalissima origine delle sbagliate conclusioni di Kölliker. Col preconcetto che per ammettere la placenta in certi animali (nei non-deciduati) sarebbe stato necessario rintracciarsi i caratteri, la forma speciale che la placenta umana possiede cioè molta vascolarità, mole circoscritta, il Kölliker concluse a dire che mancava la placenta in questi animali perchè non s'imbattè in quelle date particolarità. Ma come molto giustamente le fa osservare l'illustre Ercolani non era la placenta che faceva difetto sibbene quelle volute condizioni erano assenti.

Di qui originò l'altro errore di pensare che i villi fetali per il mancare della palcenta, erano ricevuti in alcuni incavi a fossette che si effettuavano nella mucosa soltanto rigonfiata.

Il Kölliker pretese che « in tutti i casi la mucosa dell'utero vacuo prendesse una parte attiva o per rappresentare la parte materna della placenta nei non-deciduati tumefacendosi semplicemente e divenendo ipertrofica, o trasformandosi parzialmente nei luoghi dove la placenta si forma nei mammiferi deciduati. »

Poggiandosi sulle ricerche già da gran tempo praticate e su quelle ultime fatte con quello zelo, diligenza e precisione che sa mettervi il Prof. Ercolani, e' fu condotto invece a concludere che « nè la mucosa nel suo complesso, nè alcuna delle parti che entrano nella sua composizione prendono una parte attiva per formare la parte materna della placenta che in tutti i casi essa resulta costituita da una neoformazione di elementi speciali ai quali non sempre la mucosa dell'utero non gravido serve da substrato. »

« Una condizione indispensabile perchè la neoformazione possa aver luogo è la denudazione della superficie interna dell'utero che si limita alla semplice caduta dell' epitelio nel maggior numero dei casi, come per l'appunto fu anche osservato nella donna, ma questo processo distruttivo indispensabile in alcuni mammiferi deciduati si estende a tutte le parti che formano la mucosa nell'utero non gravido (connettivo sotto mucoso, vasi, glandole), e la neoformazione in questo caso si stabilisce direttamente sulla superficie musculare interna dell' utero. »

« All'atto o dopo il parto la neoformazione che formò la parte ma-

terna della placenta è sempre più o meno sollecitamente espulsa dall'utero ed il processo di riparazione per far tornare la superficie interna dell'organo allo stato che era prima del concepimento, sta in ragione diretta del grado che ebbe il detto processo distruttivo. »

« È con gli elementi deciduali neoformati che esclusivamente si mettono in rapporto i villi o vasi fetali. »

Esiste un semplice contatto fra queste due parti nei non-deciduati; pure avviene lo stesso anche nei mammiferi deciduati; abbiano la placenta zonare o discoide. Non sta che nei soli non deciduati la parte materna e la parte fetale della placenta si separino inucleandosi. Nella talpa (deciduata con placenta discoide) l'organo è costituito come un cotiledone di ruminante.

Non si ha placenta senza neoformazione deciduale primitiva, ecco l'importantissima conclusione.

Passiamo alla seconda lettera. — Qui l'A. mette in evidenza gli errori che conseguono al ritenere la decidua e la placenta una trasformazione della mucosa uterina e più altri che vennero originati dal modo di procedere nello studio dell'interna struttura della placenta, che invece di condurlo gradatamente dal principio dello sviluppo di quell'organo al suo completamento è stato invece occupato tutto nell'esame dell'organo stesso già intieramente costituito e quando la parte fetale (o superficie assorbente) e la parte materna (o superficie secernente) sono tra loro intimamente unite e non si possono più separare. E bisognava invece studiarla quando queste due parti sono separabili ossia nel primo periodo di sviluppo.

Nascono poi incertezze ed equivochi dal trascurare un'altra osservazione di fatto, quella cioè che la mucosa uterina non è fornita d'un abbondante strato di tessuto connettivo sottostante e quindi non può staccarsi a falde dal tessuto muscolare sottoposto, come invece si verifica nelle mucose di altre parti.

Le conclusioni ultime di questa seconda lettera sono che pure nella donna come nei mammiferi deciduati e non-deciduati si stabilisce un processo neoformativo per la costituzione della decidua e che gli elementi deciduali neoformati scaturiscono dalla parete dei capillari; e che perfino quelli stessi che si ostinano a sostenere essi la trasformazione della mucosa non possono negare un processo di attiva proliferazione negli elementi deciduali per spiegarsi la formazione della reflessa.

L'A. poi con argomenti d'indiscutibile entità, e con una logica stringente, persuasiva, non che per mezzo di una discussione altrettanto

interessante quanto è magistralmente condotta finisce col costringere chiunque abbia buon senso e semplici nozioni della cosa ad uscire in una esclamazione che non può essere che questa — Sono convinto — e l'ordine, la forza, la naturalezza delle deduzioni convinceranno anche i più accaniti avversarii.

A voler far gustare tutte le bellezze di questo studio bisognerebbe riportare intieri squarci dello scritto; non volendo nè potendo ciò fare, continuo a riassumere qualcuna delle cose principali che invoglieranno i lettori a rieleggersele poi per intiero nell'originale.

L'uovo (dice l'A.) disceso nella cavità uterina, soffermato dalle reflessa, è *fissato* contro gli elementi deciduali proliferanti; ora un po' per questa ragione e poi per l'intoppo che fanno le pareti dell'uovo stesso all'uscita dell'umore che viene dalle glandule otricolari sottoposte, queste si dilatano e si deformano. Si ha in tal modo la costituzione dei due strati della parte placentare materna, quella spugnosa e lo strato sovrastante o caduco dove non si ritrovano nè furono mai glandole di sorta alcuna.

Finito questo primo periodo di sviluppo si passa al secondo che devesi principalmente a due fatti. « La rapida e rigogliosa proliferazione di rami dai tronchi dei villi e il processo ectasico nella rete dei vasi materni. Questi due fatti succedendo contemporaneamente in uno spazio limitato e circoscritto per effetto di semplici leggi fisiche deve avvenire che i rami dei villi proliferanti, premano contro le pareti endoteliali dei vasi, che a sua volta si dilatano e come ultimo effetto ne risulti che le pareti dei vasi, nei primi momenti semplicemente entroflesse verso l'interna cavità del vaso che si dilata, debbono il loro processo ectasico facendosi sempre più intenso, addossarsi e rivestire completamente il villo anche perchè questo fatto è favorito dalla tensione esercitata nelle pareti del vaso dai rami proliferanti del villo.

Secondo il Kölliker invece i villi fetali non avrebbero questo rivestimento materno, ma possiederebbe un epitellio proprio fino dal principio del loro sviluppo.

Ma l'illustre Prof. Ercolani giustamente oppone al Prof. Kölliker che quell'epitelio che è propriamente fetale e che si osserva nel primo periodo di sviluppo della placenta è una cosa ed altra è si per forma come per mole e caratteri diversi il rivestimento dei villi a completo sviluppo placentare.

Comprova i suoi giudizi con osservazioni anatomo-patologiche piene di un grande interesse e al tempo stesso ricche di prove irrefragabili

a sostegno della verità nelle opinioni del nostro illustre Professore, sono le note sopra una placenta a termine di gravidanza in un utero di femmina del Myoxusglis ed altra placenta umana nonimestre (glie la passò il Prof. Belluzzi), alla quale era attaccato un piccolo embrione (secondo mese) con un funicolo atrofico. Dall' esame dei villi fetali si rilevò che era atrofico il parenchima proprio dei villi ed esisteva qua e là degenerazione granulare calcare, mentre il cosidetto *epitelio esterno* dei villi mostravasi in grande aumento per ipertrofia e iperplasia degli elementi cellulari. Si comprende bene il significato di tuttociò. Tanto nella placenta della femmina di Mioxusglis, come nella placenta umana nei villi erano associate due opere, l' opera della morte nei punti dipendenti dell'organismo fetale, l'opera della vita in quelli del lato materno. Di qui un argomento il più valido per sostenere con vera ragione l'origine materna nel rivestimento esterno dei villi.

L'opportunità poi di possedere due placente umane che rimasero dopo un parto a termine, l' una per l' altra per tre mesi incarcerate nell'utero ha offerto all' A. il modo di stabilire un confronto con le osservazioni su ricordate.

L'opinione sua qual' è quella che « il rivestimento esterno dei villi fetali è fornito dalle pareti endoteliali dei vasi placentari e da uno strato esterno delle cellule deciduali elaborate dalle loro pareti » è convalidata dalle osservazioni proprie e da quelle del Prof. Romiti tanto benemerito di questi studii. Sui villi di placenta di aborto umano per l'alterazione indotta da questo fatto persiste l' epitelio coriale del villo (che dovrebbe solo esistere temporariamente) ed abbiamo ancora il rivestimento materno che se ne sta da quello diviso.

L'A. prende infine a descrivere le alterazioni anatomiche osservate in una placenta sifilitica e ciò sempre per maggiore illustrazione dello studio nell'intima struttura della placenta, esaminata qui dal lato patologico. Chiude coll'indirizzare due parole all' illustre Kölliker dichiarando nuovamente che se ne ribattè alcune opinioni, e si adoperò a dimostrare come fossero e perchè fossero errate, non venne perciò nell'A. mai meno la somma reverenza e l'ammirazione verso tanta notabilità scientifica, avendo egli operato solo per amore del vero e della scienza, non per scopo che fosse meno bello e meno puro.

MARCHIONNESCHI.

NOTIZIE

Operazione cesarea modificata (metodo Porro).

Dobbiamo registrare 3 nuovi casi giunti a nostra cognizione, 2 del Prof. Porro medesimo, una in data del 17 maggio u. s. guarita; una del 28 giugno avviata pure a guarigione, e una del Dott. Ferdinando Franzolini di Udine.

Tanto in una delle ultime tre operate dal Porro, quanto in quella del Dott. Franzolini la indicazione al taglio era relativa, non assoluta.

Sulla operazione del Dott. Franzolini scrive l'*Indipendente medico di Torino* che « sapendosi la operazione del Porro dare una *mortalità assai mi-* « *nore* della vecchia operazione cesarea, era naturale la preferenza per la « prima. »

Questo a noi non pare esattissimo, e lo stesso *Indipendente* nel medesimo numero porta il sunto di un lavoro di L. Championnière che dà la mortalità del 67 $^0/_0$; uno de' nostri collaboratori sta per dare alle stampe un suo studio sulle recenti modificazioni al taglio cesareo, e in quella che porta il nome del Porro trova la mortalità di circa 60 $^0/_0$; non si può dire adunque ancora che questa sia *assai minore* di quella che dà la vecchia operazione cesarea.

Lo stesso *Indipendente medico* riferisce che il Franzolini fece la dieresi dell'utero dopo estratto (processo Müller) e che fu in forse di eseguire la sutura del moncone per poi abbandonarlo nel cavo peritoneale: « *tuttavia* « (aggiunge) non risultandogli che fosse stato fatto da altri, addottò come « di solito il trattamento extra-peritoneale. *Tuttavia*, ammettendo non sia « mai stata tentata la sutura del peduncolo, e il trattamento intraperi- « toneale del medesimo, nella operazione del Porro, il Franzolini vorrebbe « farne la formale proposta, e se non gli verranno a cognizione ragioni « in contrario, alla prima occasione lo porrà in atto. »

Il redattore del giornale a codesti pensieri del Dott. Franzolini poteva contrapporre il fatto che il trattamento intraperitoneale del peduncolo, nella operazione Porro, venne già seguito per lo meno due volte (con esito favorevole), ma che alla pratica furono fatte tante e tali obbiezioni che più nessuno volle attuarlo: veggasi su questo argomento le considerazioni del Prof. Cuzzi nella relazione del caso a lui occorso quando dirigeva tuttora l'Istituto ostetrico di Modena.

Ignoriamo ancora l'esito dell'operata del Franzolini.

BIBLIOGRAFIA

Indice bibliografico degli scritti sulla ostetricia sparsi nei giornali medici italiani.

La seconda amputazione utero-ovarica cesarea eseguita dal Professore Edoardo Porro, pel Dott. E. Truzzi lib. doc. in ostetricia e primo assistente nella R. Scuola Ostetrica di Milano. — *Gazzetta Medica Italiana — Lombardia.* N 1, 6 genn. 1883 e N. 2, 13 genn. 1883.

Due casi di ipertrofia del collo uterino in donna gravida, pel Dottor E. Truzzi — *Gazzetta Medica Italiana — Lombardia*, N. 18, 5 maggio 1883.

Caso di pioemia puerperale e di flebo-trombosi da inopessia con flemmasia alba dolens guarito mercè l'uso protratto e generoso dei sali di chinina, pel Dott. Giuseppe Romanelli. — *La Scuola Medica Napolitana*, N. 1, 2 febbraio.

Due casi di eclampsia in soprapparto — Nota Clinica pel Dotttor Minella Francesco. — *L'Indipendente — Gazz. Medica di Torino*, 5 febbraio 1883.

Pelvirachislogia, ossia alterazioni pelviche di cifosi, scoliosi, cifoscoliosi e lordosi. Studio anatomico-clinico-ostetrico del Dott. O. Marchioneschi, aiuto alla Clinica Ostetrica di Pisa. — *L' Indipendente — Gazzetta Medica di Torino* — 15-25 febbraio 1883, 5 maggio e seguenti 1883.

Contributo alla patogenesi dell' eclampsia nelle donne gravide, pel Dott E. Varvelli — *L'Indipendente — Gazzetta Medica di Torino*, 15 marzo 1883.

Considerazioni cliniche intorno al rivolgimento esterno, pel Dottor Massarenti. — *Rivista Clinica*, gennaio 1883.

Considerazioni pratiche intorno le emorragie uterine che manifestansi durante la gravidanza e nei primordi del soprapparto, pel Dottor Massarenti. — *Rivista Clinica*, marzo 1883.

Della rottura precoce delle membrane nel soprapparto, pel Dottor Giovanni Piccinini. — *Gazz. Medica di Roma*, 15 gennaio 1883.

Di una ovaro-isterectomia cesarea praticata nella Maternità di Lucca, pel Dott. A. Barsotti. — *L'Imparziale*, 30 marzo e 15 aprile 1883.

Ristrettezza pelvica — Coniugata superiore 75 mm. Parto prematuro artificiale all'ottavo mese — Metodo di Kiwisch — Puerperio regolare — Bambino vivo. — Osservazione clinica raccolta dal Dottor F. Pinolini. — *L'Osservatore, Gazz. delle Cliniche*, 1 maggio 1883.

Un caso di uremia dispnoica pel Dott. V. Frascani. — *L'Osservatore — Gazzetta delle Cliniche*, 20 e 27 marzo 1883.

Sopra un caso di rottura dell'utero, pel Dott. Chieppi Guglielmo da Saliceto. — *Giornale di Medicina*, ecc., gennaio e febbraio 1883.

Contributo allo studio dell'aborto provocato a scopo terapeutico, pel Dott. L. Pera. — *Lo Sperimentale*, febbraio 1883.

Caso di gravidanza extrauterina-tubo-addominale, pel Dott. Maccabruni. — *Annali Universali di Medicina e Chirurgia*, Febbraio 1883.

Il biennio 1881-82 alla Maternità di Genova, pel Dott. G. Gualco. — *La Rivista medico-chirurgica degli Ospedali Civili di Genova*, Febbraio 1883.

Il cucchiaio di Simon nella pratica ostetrica, pel Pro Mangiagalli. — *Gazz. degli Ospedali*, N. 22.

Cloroformio nei parti e rivolgimento monopodo, pel Prof. F. Macari. *La Salute — Italia medica*, 19 aprile 1883.

Sulle alterazioni patologiche portate dalla sifilide nella placenta umana. — Comunicazione fatta alla Società medico-chirurgica di Bologna nella seduta del 23 febbraio 1883 dal Presidente Prof. G. B. Ercolani — In *Bullettino delle Scienze Mediche*, Fascicolo 4°. Bologna, 1883.

Carlo von Hecker.

Un'altra grave perdita subì l'ostetricia in Germania: alla morte di Otto Spigelberg tenne dietro dopo non molto tempo quella di **Carlo von Hecker**, direttore della Clinica ostetrica di Monaco. Già da qualche anno era sofferente per nevralgie interne al braccio sinistro, e quando io visitai detta Clinica nel luglio 1881 si facevano già tristi previsioni di una fine non molto lontana. Pure di lui si può dire che veramente morì sulla breccia, poichè il giorno stesso (il 14 dicembre 1882) in cui un'apoplessia meningea lo toglieva alla vita ed alla scienza, egli aveva atteso a tutte le sue incombenze di professione e di clinico.

Giovane ancora, perchè era nato nel 1827, la scienza attendeva ancora numerosi servigi dalla sua non comune attività. Nel 1853 lo vediamo lettore di ostetricia nella Università di Berlino, nel 1858 Professore a Marburg, ed il 1° maggio 1859 a Monaco Professore di ostetricia e Direttore della Maternità che fu poi il vasto campo delle sue ricerche. La sua opera più voluminosa è la « *Clinica Ostetrica* » scritta nel 1861 in unione al Prof. Buhl. Notevoli sono le sue « *Osservazioni e ricerche nella Maternità di Monaco* » che abbracciano il lasso di tempo dal 1859 al 1879. Vennero pubblicati nel 1881 e comprendono l'enorme materiale di 17,000 parti. L'ultimo suo lavoro di indole statistica venne affatto recentemente pubblicato negli *Archiv. f. Gynaek*, XX Bd. H. 3, e di esso daremo quanto prima un cenno nelle colonne di questo giornale. Rettore magnifico dell'Università di Monaco, si possono, col Prof. Amann, ripetere per lui le parole che egli stesso pronunciava nel suo ultimo discorso inaugurale:

To live long is not to live much
To do much is to live much.

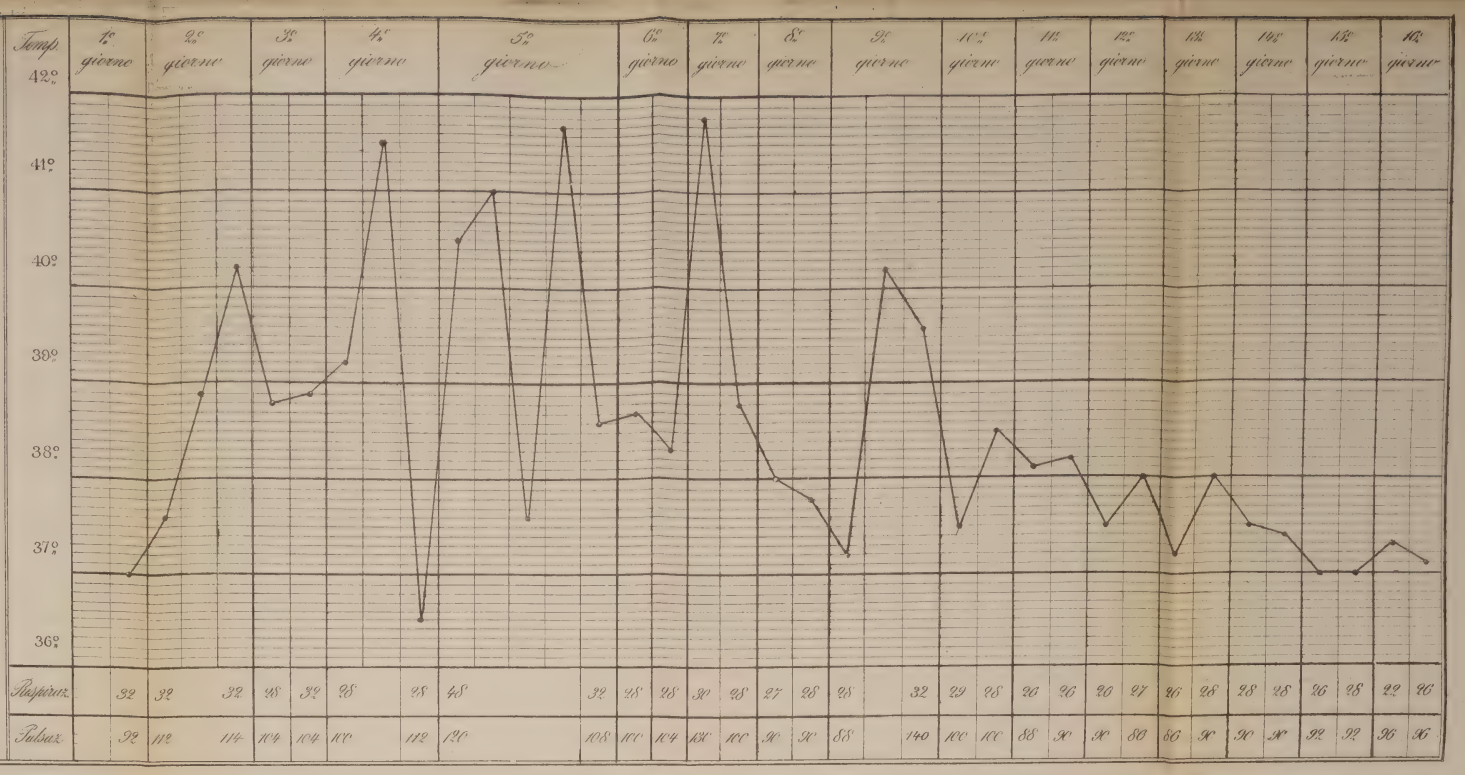
MANGIAGALLI.

Prof. Dott. DOMENICO CHIARA Direttore-gerente responsabile.

Milano — Tip. Pietro Agnelli, via Pietro Verri, 16.

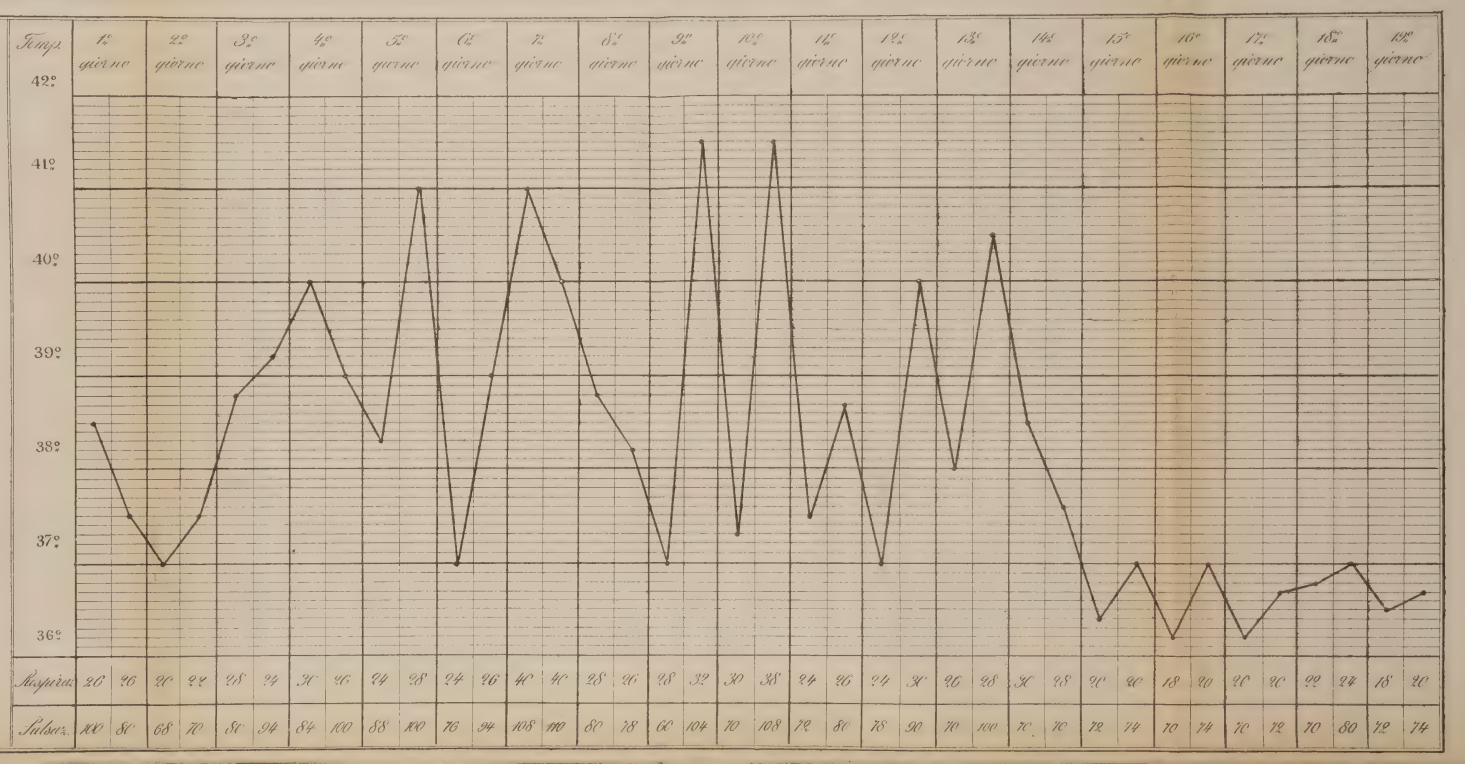
Endometrite placentare

(1.ª osservazione)



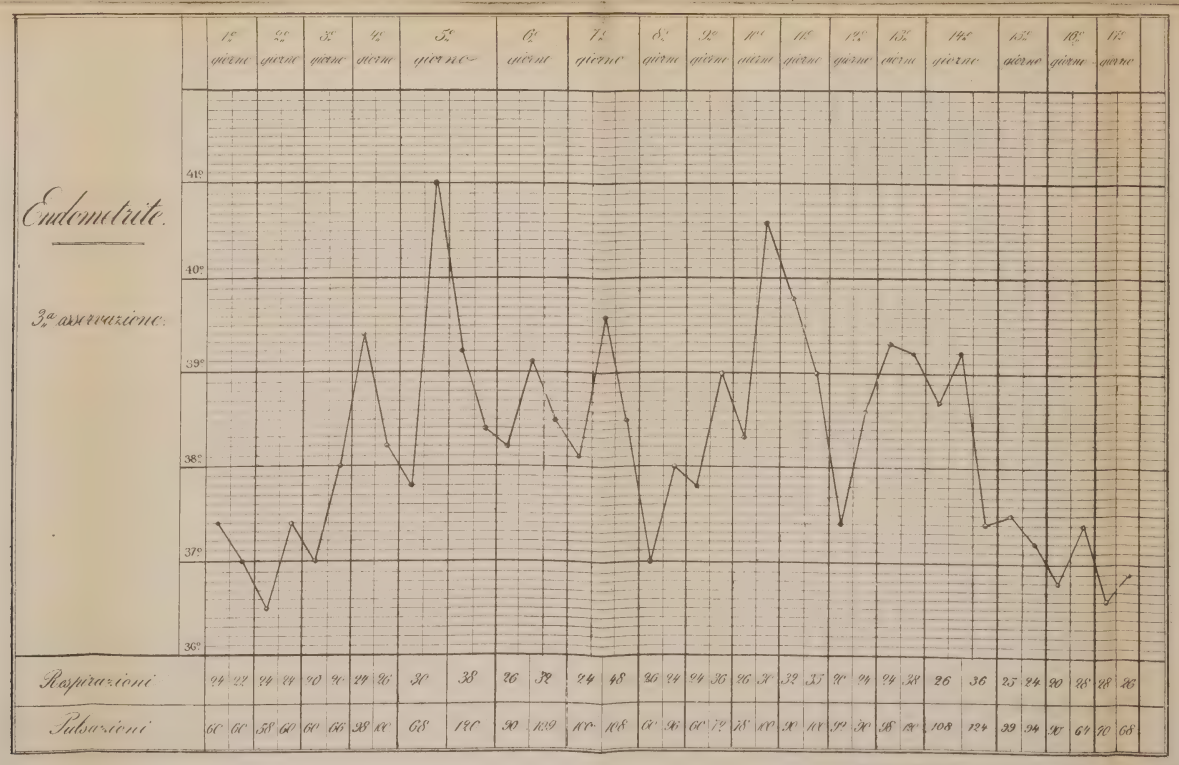
Parametrite

(2.ª) osservazione



Endometrite

3.ª osservazione



Volume V. Luglio-Agosto 1883 N. 7-8.

ANNALI

DI

OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

LE PIÙ RECENTI MODIFICAZIONI DEL TAGLIO CESAREO

STUDIO STORICO-CRITICO

del Dott. LUIGI MANGIAGALLI

Professore di Ostetricia nella R. Università di Sassari.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS LIBRARY EDINBURGH

CAPITOLO I.

Introduzione storica.

Sono trascorsi tre secoli dacchè il taglio cesareo sulla donna vivente è entrato, per così dire, nel suo periodo storico, colla pubblicazione di Rousset (1), e gli ostetrici ancora oggidì si dibattono per la ricerca di un processo operativo che corrisponda all'ideale dell'arte, poichè anche la modificazione introdotta dal Porro viene considerata dallo Schroeder soltanto come « una bellissima transizione tra il taglio cesareo antico e grave ed un altro futuro e più fortunato (2). » È però questo il carattere non solo dei processi operativi tutti ma di ogni procedimento umano: certo la relativa perfezione dell'oggi non esclude una perfezione maggiore ma pur sempre relativa dell'indomani. Ne viene per conseguenza che la dimostrazione della superiorità del metodo Porro sul taglio cesareo, classico od antico che lo si voglia chiamare, non esclude anzi implica ed incoraggia le prove destinate a raggiungere un grado maggiore di perfezione. Nel campo scientifico si è conservatori ed innovatori ad un tempo, e mentre dobbiamo sforzarci di

(1) *Traité nouveau de l'hystérotomotokie ou enfantement césarien.* Paris 1581.
(2) SCHROEDER. *Manuale di Ostetricia.* Traduzione italiana, pag. 359.

perfezionare gli acquisti dell'arte, è nostro compito pure il tentare di metterci per vie nuove e più feconde di utili risultati. Scopo del presente lavoro è di studiare lo stato attuale delle questioni che si imperniano su tale argomento, onde fornire in certo qual modo un punto di partenza ai futuri investigatori, ed è quindi naturale che la maggior parte di esso sia dedicato allo studio dei risultati ottenuti sino ad oggi col taglio cesareo praticato col metodo Porro. In poco più di sei anni si completò la prima centuria e la bibliografia di tale metodo operativo in questo frattempo si andò mano mano talmente arricchendo che non mi parve opera nè inopportuna nè intempestiva il raccogliere lo sparso e ricchissimo materiale onde esaminarlo e studiarlo con imparzialità di storico. Avendo potuto attingere a pressochè tutte le fonti originali, avendo operato io stesso due casi con esito felice, ed avendo assistito ad altre sei operazioni di simile genere mi parve che non dovesse farmi difetto nè una sufficiente dottrina, nè una sufficiente competenza tecnica.

Non è da oggi soltanto che noi vediamo accesa questa nobile gara di portare innovazioni utili e modificazioni importanti nel tecnicismo di tale atto operativo, ma per lunga serie di anni nei centri più popolati questo aveva dato risultati così sconfortanti nelle mani dei più abili ostetrici da essere considerato dai più come un'*extrema ratio*, e da invogliarli piuttosto alla ricerca ed al perfezionamento di processi operativi di altra natura che limitassero al massimo le sue indicazioni. È nondimeno nostro obbligo il riconoscere come le anzidette modificazioni non corrispondessero menomamente allo scopo, ovvero si mantenessero per lungo tempo nel campo speculativo delle idee, alcune delle quali, arditissime, non potevano ancora trovare a quei tempi l'ambiente favorevole per la loro sperimentazione clinica e per la loro attuazione pratica.

Alcune modificazioni non riguardano che la direzione e la sede della incisione delle pareti addominali. Il processo più antico può considerarsi quello della incisione laterale proposto da Guy de Chauliac nel 1363 per il taglio cesareo *post mortem* e da Rousset per la donna vivente, che poi assunse il nome di metodo di Levret. L'incisione sulla linea alba (processo di Pietro della Cerlata ovvero di Deleurye, ovvero di Mauriceau), trionfò per ragioni anatomiche evidenti e sopravvisse a tutti gli altri, incisione trasversale di Lauverjat, incisione diagonale di Stein junior, incisione obliqua

di Osiander. Anche l'incisione mediana dell' utero cangiò di sede secondo gli operatori: dividendo la zona dell' utero rivestita dal peritoneo in tre parti, alta, media e bassa, si ebbero tre processi secondochè l' incisione veniva fatta in una di esse. In Italia il Billi fu specialmente patrocinatore del taglio alto, il Testa del medio. Se l' incisione sulla linea alba sembrò alla fine a ragione come il processo più opportuno riguardo al primo tempo dell' atto operativo era evidente che essa non poteva modificare sensibilmente la grande mortalità le cui cause, oltre che dall'emorragia primitiva o secondaria, si ripeteva, colle varianti di linguaggio dovute al diverso progresso della scienza nei diversi periodi, dalla peritonite e dalla setticoemia. A togliere o a diminuire queste tre cause di mortalità si rivolse perciò l'attenzione degli ostetrici, benchè con non molta fortuna fino a questi ultimi tempi.

È a' nostri dì soltanto che il peritoneo perdette la sua triste fama del *noli me tangere:* non potevano quindi che sembrare od essere razionali quei tentativi che, nell' impossibilità di estrarre il prodotto del concepimento per le vie naturali, si proponevano di aprire ad esso una via artificiale senza ledere nella sua continuità la sierosa peritoneale. A tale idea si rannodano i nomi di Joerg, di Ritgen, di Physick, di Baudelocque nipote, che immaginava e metteva nel commercio scientifico il nome di *gastroelitrotomia*, con la quale parola noi possiamo ritenere compendiati i processi indicati, che, ringiovaniti, vennero poscia di recente riapplicati nel Nuovo Mondo. Di essa e de' suoi risultati parlerò in apposito capitolo.

Come mezzo efficace a combattere la emorragia, la peritonite, la infezione settica doveva pure presentarsi la chiusura della ferita uterina, ed essa venne consigliata e praticata di buon' ora. Siccome alcuni processi operativi recentemente proposti in Germania s' imperniano precisamente sulla sutura uterina che, variamente modificata e variamente eseguita, permetterebbe, a mente dei loro autori, al taglio cesareo classico di contrastare in molti casi la superiorità al metodo Porro, così dovrò pure ritornare in modo speciale su tale argomento. Qui mi limito a tracciare a grandi tratti la storia della sutura uterina seguendola fino al 1876, onde apparisca evidente quale fosse lo stato della questione riguardo a tale argomento quando il Porro facendo conoscere il successo favorevole ottenuto col suo metodo invitava gli ostetrici

a seguirlo per la via da lui tracciata. Il Cazin (1) sulla fine del 1875 desiderava uno studio sperimentale e clinico ben fatto su tutte le diverse suture dell'utero, dopo la incisione di quest'organo, considerandolo come un grande servigio reso alla scienza. Nessuno più di Sänger corrispose meglio a mio avviso a tale desiderio, ed al suo lavoro (2) ed all'opera di Alfonso Corradi (3) chiamata dallo Sänger stesso fenomenale, io attinsi largamente onde fare questo schizzo storico sulla isterorafia.

Erroneamente si attribuisce a Lauverjat la proposta di chiudere mediante sutura la ferita uterina, proposta che più di mezzo secolo dopo venne da Kilian considerata come *una delle più stravaganti che mai venissero fatte!!* Lebas pare essere stato il primo a praticarla il 27 agosto 1769 e ne ebbe la guarigione; ma per un secolo circa la riunione della ferita uterina mediante sutura piuttostochè caldeggiata fu avversata o proscritta in causa delle idee dominanti sul trattamento delle ferite. La mente dei chirurghi era preoccupata dai danni che dovevano provenire dalla sutura uterina: niuna meraviglia dal momento che noi vediamo molti operatori in quel periodo di tempo proscrivere anche la sutura delle pareti addominali che si mantenevano avvicinate mediante liste di cerotto o fascie, mentre poi il comprendere il peritoneo nella sutura era universalmente considerato come cosa altamente pericolosa ed era pratica generalmente adottata il lasciare aperto l'angolo inferiore della ferita, intromettendovi una sindone di filaccie. Anche nei casi più favorevoli la guarigione era attesa lungo tempo attraverso suppurazioni profuse e diuturne e formazione di seni fistolosi. Di tanto in tanto noi vediamo per altro elevarsi qualche voce a favore della sutura uterina. Wiefel è il primo a metterla in opera in Germania, settanta anni dopo che Lebas se n'era servito in Francia, e l'esito fu favorevole. Poco dopo tenne dietro il caso felice di Godefroy (1840) che ciò nondimeno ne venne acremente biasimato dai suoi contemporanei

---

(1) *Archives de tocologie.* Décembre 1875, pag. 717 (citato da Sänger).

(2) *Der Kaiserschnitt bei Uterus fibromen nebst vergleichender Methodic der Sectio Caesarea und der Porro. Operation - Kritiken, Studien und Vorschläge zur Verbesseung des Kaiserschnitts*, pag. 77 e seg. (Leipzig, Verlag von Wilhelm Engelmann, 1882),

(3) *Dell'ostetricia in Italia dalla metà dello scorso secolo fino al presente*, ecc.

e più specialmente da Kilian. Nel 1845 Lestocquoy di Arras unisce la ferita uterina con sei punti e riconduce all'angolo inferiore della ferita i fili che cadono dal 13° al 18° giorno; la donna a cominciare dal 28° giorno è colta da crampi epilettici, soccombe al 38° giorno e la ferita uterina non è punto trovata completamente chiusa. L'insuccesso suggerisce a Lestocquoy l'idea della sua sutura utero-parietale, attuata 14 anni più tardi. Nel 1856 Hasse può raccogliere sei casi in cui era stata praticata la sutura uterina, e poichè delle sei madri quattro erano state salvate prosegue: « mortalitas igitur est 2/6 = pr. c. 33,33. Mortalitas « omnium vero matrum sectione caesarea inde ab anno 1750 usque « ad hunc diem partu liberatarum est, quod supra intelleximus, « 288/478 = pr. c. 60,28. Unde uteri vulnus consuendum elucet (1) ».

Refe, canape, seta, erano sinora il materiale di cui si componevano i fili, e tutti gli operatori si preoccupano del modo di allontanarli. L'introduzione delle legature vegetali e animali perdute, frutto dell'antisepsi, doveva costituire più tardi uno dei più splendidi acquisti della chirurgia moderna. Intanto però negli Stati Uniti, ove nel gennaio 1852 era apparsa la memoria di Marion Sims sulla sutura con filo d'argento nelle fistole cisto-vaginali, questo materiale di legatura veniva mano mano adoperandosi anche nel taglio cesareo, e nel dicembre dello stesso anno Frank E. Polin se ne serviva con esito felice. Stolz l'adoperava per il primo in Francia nel 1869 ma la donna soccombeva. Otteneva invece la guarigione John Parks in Inghilterra nel 1875, mentre Simpson dieci anni prima, nel 1865, aveva avuto un esito infausto col filo di ferro. In questo stesso anno noi abbiamo il caso di Spencer-Wells egualmente celebre nella storia dell'ovariotomia e del taglio cesareo. Negli Stati Uniti dal 1867 al 1876, 11 volte è praticata secondo Harris la sutura uterina nel taglio cesareo, sei volte con filo d'argento (due guarigioni), tre volte con filo di seta (una guarigione), una volta con filo di canape (guarigione), una volta con materiale la cui natura non è indicata, ma non si applicò che un punto solo ed in causa dell'emorragia e venne allontanato dopo 36 ore (morte).

In Germania prima ancora che si conoscessero i modi di rendere asettica la seta, questa andava mano mano prevalendo su tutti gli altri materiali di legature.

---

(1) Johannis Pauli Hasse, Celleusis. *Commentatio de sectione cœsarea.* Gottingiae 1856 (citato da Sänger).

In Italia, dove Martino d'Avanzo aveva riunito nel 1860 la ferita uterina mediante la sutura da materassaio, dove Lazzati nel 1869 e Balocchi nel 1872, avevano praticato la sutura metallica con esito infausto, viene scritta una pagina originale nella storia della sutura-uterina, nell'ottobre 1873, da Olinto Grandesso-Silvestri (1), il quale otteneva un successo favorevole mediante la sutura col filo elastico. Un secondo caso da lui operato era seguito dalla morte, ma la donna era già affetta da anasarca, metro-peritonite cronica, ascite. I margini della ferita uterina vennero avvicinati con sei punti di filo elastico dello spessore di 1 mm.: la morte seguì dopo due giorni, ma l'autopsia dimostrò l'affrontamento esatto dei margini della incisione (2). Con ciò si otteneva che il filo elastico seguisse la retrazione progressiva dell'utero mantenendo costantemente in rapporto i margini della ferita, nè avrebbe valore oggidì l'obbiezione che il filo elastico, se efficace, dovrebbe a lungo recidere i tessuti, poichè ciò non importerebbe gran che operando in condizioni asettiche, e noi vediamo del resto l'Olshausen adoperare con ottimi risultati il filo elastico nel trattamento endo-peritoneale del peduncolo nell'amputazione sopra-vaginale dell'utero per fibromi uterini.

L'introduzione delle legature animali e specialmente del catgut nella chirurgia, doveva necessariamente invitare gli ostetrici a servirsene nel taglio cesareo: il suo riassorbimento avrebbe tolto agli ostetrici la preoccupazione di ricercare mezzi o metodi onde allontanare i fili impiegati nella sutura. E colla sutura mediante il catgut G. Veit otteneva due guarigioni nel 1872. Vero è che la riunione della incisione uterina non fu punto completa e la guarigione si ottenne attraverso la formazione di seni fistolosi e la suppurazione. Sulla stessa persona in cui Veit praticava per la prima volta la sutura col catgut, Birnbaum tre anni più tardi ripeteva il taglio cesareo pure servendosi del catgut come materiale di cucitura ed ottenendo ancora la guarigione. Un altro esito felice ebbero Hegar ed E. Martin. Accanto a questi esiti favorevoli noi abbiamo però numerosi rovesci, quattro avutisi nella

---

(1) Gastro-isterotomia con cucitura elastica dell'utero, salva la madre e la prole (*Gazz. Med. Prov. Venete,* 1874).

(2) Esame dell'utero di una operata di gastro-isterotomia con cucitura elastica del viscere, morta ore 49,30 dopo l'operazione. (*Gazz. med. Prov. Venete* 1874).

clinica stessa di E. Martin, i quali danno poi occasione al figlio E. Martin di mettere in rilievo gli inconvenienti del catgut e di proporre la sutura con filo di seta a tutto spessore « *a legatura perduta* (1) » quelli comunicati dalle cliniche di Breisky e di Streng a Praga, e di Spiegelberg a Breslau, quelli riferiti da Radford, quelli di Meadows e di Routh. Tali rovesci non importavano tanto dal punto di vista dell'esito finale, quanto dal punto di vista speciale che molte autopsie avevano dimostrato beante la ferita uterina, e sciolti i nodi del catgut. Questo aveva fatto cattiva prova come materiale di legatura nel taglio cesareo, nè corrisponde meglio nel campo chirurgico generale. Oggi soltanto col nuovo metodo di preparazione di Lister (catgut all'acido cromico) e con quello di Koche (immersione nell'olio di ginepro per 24 ore e conservazione nell'alcool assoluto 95 0/0) si va riponendo in esso nuova fiducia.

Nè gli ostetrici si erano soltanto affaccendati nella ricerca di un materiale di legatura che avesse la più opportuna applicazione nel taglio cesareo, ma si erano rivolti altresì alla ricerca di un metodo di sutura che presentasse le migliori garanzie per ottenere il più esatto affrontamento dei margini uterini, o che ci assicurasse comunque in modo efficace contro il versamento del secreto uterino nel cavo peritoneale, perchè non era sfuggito all'attenzione degli ostetrici come in ciò risiedesse essenzialmente la fonte di pericolo, e che infine permettesse all'ostetrico di togliere i fili. Questa infatti vediamo essere fino ai nostri giorni la costante preoccupazione di quasi tutti gli operatori. Gli esempi, come quello di Breslau che, nel 1864, servendosi della seta, faceva *suture perdute*, non incontravano ancora l'approvazione, quando non erano apertamente biasimati. Abbiamo già visto come Martino d'Avanzo si servisse della sutura da matarassaio e Spencer-Wells nel suo caso famoso di quella a sopraggitto. Michele Scibelli proponeva nel 1863 il suo « stasirafistero » strumento destinato a compiere e ad assicurare la sutura uterina, e nel trattato sulle operazioni di Wasseige noi possiamo vedere descritto il processo proposto da Didot nel 1849 (2) ed in quello di Barnes il processo che porta

---

(1) *Ueber die Katgutnaht der Uteruswunde nach dem Kuiserschnitt.* (*Berliner klinische* Wochenschrift, 1876, N, 28).

(2) *Des operations obstétricales*, pag. 389-90. Liège, 1881.

il nome dell'autore stesso (1). Entrambi considerano come condizione di una buona sutura che possa permettere l'allontanamento dei fili dopochè la sutura ha soddisfatto al suo compito.

Il processo di Barnes appartiene però già a quei metodi di sutura utero-parietali che si propongono di ottenere il combaciamento ed il coalito fra sierosa viscerale e sierosa parietale, chiudendo altresì la ferita addominale.

L'osservazione che nella maggior parte dei casi di taglio cesareo in cui si aveva avuto la guarigione esisteva difatto questa aderenza, mentre conservavasi più o meno beante la ferita uterina aveva indotto il Pillore di Rouen a pubblicare nel 1854 le *Considérations tendant a prouver la necessité de reunir apres l'opération césarienne chaque lèvre de la plaie uterine à la lèvre correspondante de la paroi abdominale.* Lestocquoy chirurgo in Arras proseguiva ed applicava questo concetto. Così Tarnier descrive il processo seguito da questo chirurgo, nelle sue aggiunte al trattato di Cazeaux (2): « si comincia l'operazione nelle condizioni solite, s'incide la parete addominale e poi la parete uterina senza ledere le membrane, in questo momento si applicano dei punti staccati di sutura, facendo passare l'ago attraverso tutta la spessezza della parete uterina e della parete addominale che la copre. Legato il filo, il peritoneo uterino si trova strettamente addossato al peritoneo parietale. Cinque o sei punti di sutura da ciascun lato sono necessarie perchè il combaciamento sia perfetto. » La ferita si lasciava aperta e si poteva così sorvegliare direttamente la cavità uterina, medicarla ed irrigarla. Il caso di Lestocquoy fu coronato da esito felice. Tarnier che ne imitò l'esempio non fu parimenti fortunato, ma l'esecuzione del piano operativo venne intralciata dal fatto che la placenta era inserita sulla parete anteriore. Egli si proponeva per altro di rinnovare la prova, suturando l'utero alla parete addominale in quella stessa guisa con cui si procede all'apertura di cisti addominali di echinococco, dello stomaco, ecc, (3). Braxton-Hichs nel 1870 si serviva di un processo parziale di sutura utero-parietale con filo d'argento onde rendersi padrone della emorragia data da un seno uterino (4). Una delle

---

(1) *Leçons sur les opérations obstétricales.* Traduite sur la 2.e édition par le Dr. Cordes, pag. 310-312.

(2) Traduzione italiana, pag. 1001.

(3) *Gaz. des Höpit.,* 1870, N. 22-24.

(4) *Obstetrical Transactions.* London 1870, Vol. XI.

obbiezioni che più spontaneamente dovevano muoversi contro la sutura utero-parietale si era quella di ostacolare la retrazione dell'utero, e di favorire così tutti gli inconvenienti che da tale inceppata retrazione dovevano venire. Nel caso di Lestocquoy, allontanate le suture, l'utero poco a poco discese nella pelvi trascinando le aderenze non altrimenti di quello che più tardi si osservò avvenire nel moncone uterino fissato all' angolo inferiore della ferita. Dolori notevoli erano però suscitati dalle contrazioni uterine. La sutura utero-parietale trovò in Germania due patrocinatori autorevoli in E. Martin ed in Olshausen, il quale ultimo ottenne altresì un esito favorevole.

Il concetto razionale, addottato per altre suture viscerali, di affrontare sierosa contro sierosa, non doveva farsi strada che più tardi. Abbiamo già visto come Martino d'Avanzo proponesse ed eseguisse la sutura d'Apolito. Dusart (1), nel 1867, si muove la dimanda se in luogo di affrontare semplicemente le due superficie create dal passaggio dell'istrumento tagliente non convenga praticare la sutura in modo da mettere a contatto le due superficie sierose che costeggiano la piaga uterina. Ma a ciò obbiettava Tarnier nella nota già citata, che « la spessezza delle pareti di quest'organo impedisce d'incurvare i margini della incisione per porre a mutuo contatto le due superficie rivestite di sierosa. » Cazin invece insiste su tale processo e vi attribuisce l'esito felice da lui avuto (2). In relazione colla obbiezione mossa da Tarnier e colle modificazioni che vedremo proporre in tempi a noi affatto vicini, giova ricordare come Aubel (1862) proponesse di separare il peritoneo dallo strato muscolare sottogiacente e di praticare poscia la sutura di Gely onde mettere la sierosa a mutuo contatto ed avere così una pronta riunione togliendo ogni possibilità di versamenti nell'addome (3). Wasseige (l. c. pag. 382), dopo avere esposto il procedimento di Van Aubel, scrivendo nel 1881, aggiunge: « ce procédé n'a jamais été employé et, a nôtre avis, ne peut l'être que difficilement, parce que la plaie utérine presente un caractère tout spécial. En effet, les lèvres de la plaie

---

(1) *De la suture viscéro-parietale; application à l'opération césarienne.* — Thèse-Paris 1817. N. 237.

(2) *De l'opération césarienne en cas de tumeurs fibreuses utérines.* — *(Arch. de tocologie,* 1875).

(3) Eugène Hubert. *Cours d'accouchements.* (Tome 2e, pag. 169).

se touchent par leurs bord profonds, tandis que les bord superficiel sont fortement écartés. » — Vedremo invece quale partito se ne traesse più tardi.

Diamo ora uno sguardo ad altre proposte e ad altri mezzi che fatte od attuati prima del caso di Porro, dovevano, nella mente dei loro autori, migliorare le prognosi del taglio cesareo. Il drenaggio fatto con mezzi dapprima non del tutto idonei, le sindoni, gli stuelli di filacce, indi le siringhe, i tubi di gomma figurano come uno dei più antichi. O si praticava in tal modo il semplice drenaggio addominale, ovvero il drenaggio utero-vaginale, o quello utero-addominale, o quello infine addomino-utero-vaginale. L'idea di praticare dopo il taglio cesareo il drenaggio della plica utero-rettale, ovvero della plica vescico-uterina, doveva affacciarsi, come vedremo, più tardi.

Intanto nel campo scientifico aveva già fatto capolino il concetto più radicale di amputare l'utero dopo la sezione cesarea. Prima però di esaminare quale strada avesse fatto tale concetto, devo premettere come l'osservazione di donne sopravvissute al taglio cesareo e divenute nuovamente gravide, muovesse alcuni alla proposta di sterilizzare la donna onde toglierla al pericolo di una nuova gravidanza. Blundell proponeva la legatura delle tube, Kochs e Froriep di cauterizzare l'ostio interno delle tube. In via secondaria ripeterò quivi, compendiandolo, il caso, a mia conoscenza l'unico, in cui recentemente Lungren attuava la proposta accennata di Blundell, in una donna in cui praticava per la seconda volta il taglio cesareo (1). L'importanza del caso per altri riguardi non isfuggirà al lettore.

Mrs. Maria Kaiser subì il primo taglio cesareo per stenosi pelvica l'8 maggio 1875; la ferita uterina venne suturata mediante cinque punti con filo d'argento. Il secondo taglio cesareo venne praticato il 22 maggio 1880: « Non vi erano aderenze utero-parietali; prima di procedere all'incisione le tube vennero legate con un robusto filo d'argento a circa un police dalla loro inserzione uterina: « le suture d'argento si viddero sotto il peritoneo così lucenti come quando erano state collocate cinque anni prima. » Essi si lasciarono incapsulate e l'utero venne inciso un pollice a destra della prima incisione, e l'incisione cadde sopra un piccolo

(1) *A case of caesarean section twice successfully performed on the same patient.* (*The American Journal of Obstetrics.* January, 1881).

fibroma. La sutura dell'utero venne fatto con dodici punti mediante crine di cavallo, ma tre di essi, non essendosi ottenuta la perfetta ematosi, vennero sostituiti da punti con filo d'argento. Un tubo di gomma fenestrato venne applicato lungo la linea di incisione dell'utero e fissato all'angolo inferiore della ferita addominale mediante una sutura d'argento che lo attraversava unitamente alle pareti. La guarigione fu rapida.

È interessante il conoscere in qual modo si comportasse la menstruazione dopo la legatura delle trombe falloppiane. Otto settimane dopo l'atto operativo essa ebbe una perdita identica nell'aspetto alla menstruale, che durò cinque giorni accompagnata per un giorno da dolori alla regione ovarica sinistra, alle anche, alle coscie. Quattro settimane più tardi essa menstruò di nuovo, con disturbi non maggiori di quelli che avesse abitualmente. Dopo essa non menstruò ancora che una volta.

E qui poichè il caso di Lungren ne offre occasione, importa il notare, che il taglio cesareo nelle donne che già lo hanno subito comporta una prognosi più favorevole. La statistica completata dallo stesso autore sui dati di Churchill, Stolz e Harris, comprende 119 operazioni compiute sopra 48 donne, con 8 morti materne cioè 1 sopra 15 operazioni.

Lo stesso Blundell, il quale aveva proposta la legatura delle tube come mezzo per isterilire le donne che devono subire il taglio cesareo, proponeva per la donna ed esperimentava sugli animali la esportazione totale dell'utero come mezzo atto a migliorare la prognosi del taglio cesareo: e già nel 1768 il Cavallini (citato da Corradi), maestro di chirurgia a Firenze, aveva manifestato eguale voto. A due fonti si possono attingere le idee esposte da Blundell, nel suo libro « Obstetric Medecine » pubblicato nel 1846, e prima nelle sue lezioni che videro la luce nel giornale « The Lancet » nel 1829. I brani più importanti riferentisi all'argomento vennero già riportati da Harris. Prima di incominciare gli esperimenti così scriveva il Blundell in una memoria letta nel 1823 davanti alla Società Medico-Chirurgica di Londra (1):

« *Estirpazione dell'utero delle puerpere.* — Quando sia eseguita

---

(1) Harris. *Sulla modificazione fatta dal Prof. Porro all'operazione cesarea nell'Europa continentale* — (*American Journal of the Med. Sciences*, CLVIII, N. 335). Traduzione di Alfonso Corradi. (*Ann. universali di Medicina*, Vol. 251, Anno 1880).

» l'operazione cesarea, e quando una paziente sia evidentemente
» per perdersi a cagione di rottura dell'utero, non si potrà espor-
» tare l'intiero utero? Mi sia concesso rammentare, che la ferita
» formata per la estirpazione dell'utero e che può probabilmente
» essere molto ridotta d'estensione riunendo i lembi con punti
» di cucitura, si sostituirebbe semplicemente alla più formidabile
» ferita che mi risolvo di fare nell'utero con l'operazione cesarea;
» e che con l'altra ora proposta sarebbe completamente portata
» fuori dal corpo insieme con l'utero. Se ne potrebbe fare espe-
» rimenti in animali, come i conigli, che hanno l'utero assai largo. »

Dal 1824 al 1828 vennero fatti gli esperimenti meditati: essi chiariscono meglio il concetto dell'operatore e così sono riferiti e commentati in una lezione della quale lo stesso Harris pubblica i brani più importanti nella rivista stessa che egli fece della memoria di Porro (1). Io li traduco testualmente:

« In momenti di riflessione, io mi sono sentito qualche volta
» propenso a persuadermi che i pericoli dell'operazione cesarea
» potrebbero essere considerevolmente diminuiti mediante la to-
» tale rimozione dell'utero.... I conigli sono animali delicati....
» Se l'operazione cesarea è eseguita sopra un coniglio nel modo
» ordinario, generalmente parlando l'animale muore in conse-
» guenza di essa. Invece, in quattro conigli, recentemente libe-
» rati, io feci un'apertura al disopra della sinfisi pubica, elevan-
» doli fuori dell'addome al disopra della incisione.... Io presi un
» filo con un ago nel suo centro.... e lo passai attraverso la
» vagina.... dividendo il filo io strinsi una metà sul lato destro
» e l'altra metà sul lato sinistro al disopra di ciascuna tuba fal-
» loppiana. Dopo di che io rimossi completamente l'utero ta-
» gliando molto vicino al disopra delle legature. » La porzione cucita della vagina situata al disopra delle legature venne tratta a contatto colla incisione addominale. Dei quattro conigli tre guarirono. E poi prosegue: « nel praticare la operazione cesarea sul
» corpo umano, forse questo metodo di operare potrà rappresen-
» tare e dimostrare un miglioramento notevole. Forse voi potrete
» fare un po' di chirurgia ostetrica su questo campo. Ricordatevi
» che nell'assicurare la vagina e nel rimuovere l'utero, noi ve-
» niamo a sostituire una ferita tolta all'azzardo e di piccola esten-

---

(1) *American Journal of the Med. Sciences.* Octobre 1879, pag. 507.

» sione ad una più grande e non assicurata per niente da una
» legatura. »

Non è dunque l'amputazione utero-ovarica ma l'esportazione totale dell'utero che si proponeva da Blundell. Con quanta fortuna e con quanta probabilità di successo volesse essere questa risuscitata oggidì lo vedremo più tardi. Sono ad ogni modo veramente notevole e la limpidezza del concetto che guidava il Blundell nella sua proposta e la profonda convinzione con cui ne rilevava i vantaggi e che lo induceva a ripromettersi la sua attuazione anche nel corpo umano.

Qualche tempo prima eguale proposta meno motivata e non confortata dall'esperimento e con un linguaggio più nebuloso era stata fatta da Michaelis (1), proposta che venne qualificata come stravagante da Kilian (2), accolta invece con favore da Stein il giovane. La proposta di Michaelis non mirava soltanto a isterilire la donna come dai più si ripete, ma a diminuire i pericoli del taglio cesareo ordinario. Lo dimostra il seguente brano che io riporto dallo Zweifel (3). « Certo non abbisogna di alcuna giustificazione che in una operazione nella quale il pericolo sembra dipendere specialmente dalla reazione che l'organo leso esercita sugli altri, io amministri alla partoriente una generosa dose di oppio prima dell'operazione. Che poi il pericolo muova principalmente da questa reazione noi lo vediamo non solo per le sofferenze di spesso maggiori degli altri visceri, ma altresì per l'esperienza che quando l'utero è intieramente esciso, la reazione su altre parti non ha luogo ed il pericolo pare essere minore. Sono già conosciuti parecchi casi, nei quali l'utero è stato estirpato da ignoranti senzachè insorgessero accidenti violenti, specialmente consensuali.... Si potrebbe quindi porre la domanda se unendo l'operazione cesarea colla estirpazione dell'utero, non la si renderebbe per avventura meno pericolosa. Certo ciò suona sul principio come un paradosso, ma se la premessa è vera, potrebbe anche non essere paradossale. »

Ognuno vede l'enorme differenza tra Michaelis e Blundell. Il primo nella sua vaga proposta partiva dal concetto erroneo che

---

(1) Siebold's. Lucina 1809. Bd. V. Strick 1. S. 89. Note **

(2) Kilian's. *Operative Geburtshülfe.* II Bd., pag. 716.

(3) *Zur discussion über Porro's. Methode des Kaiserschnittes.* — (*Archiv für Gynaek.* Bd. XVII, 3 H.

il pericolo provenisse specialmente dall'azione di consenso che per così dire gli altri visceri subivano per la lesione dell'utero e non aveva come fondamento positivo che i risultati favorevoli avutisi nella estirpazione dell'utero praticata da mani rozze ed ignoranti. In Blundell invece noi vediamo per così dire anticipata la giusta conoscenza dei criterii che dovevano poi guidare il Porro ad eseguire la sua operazione in modo razionale e metodico.

Trent'anni circa trascorrono prima che il concetto di esportare l'utero dopo il taglio cesareo si ripresenti nuovamente nel campo scientifico e se ne impossessa più la ostetricia veterinaria che quella umana. Il Jeser, nel 1862, esporta l'utero a quattro cagne gravide ed ottiene due guarigioni. Il Fogliata che riferisce questo fatto pubblica, nel 1875, la sua *Contribuzione allo studio dell'amputazione dell'utero negli animali domestici,* sul *Giornale di Anatomia, Fisiologia e Patologia* (Pisa, Tipografia Nistri). Quali fossero le idee ed i fatti in essa espressi vediamolo colle parole stesse di Porro, a cognizione del quale non era venuto il lavoro, che quando erasi già divulgata la notizia della operazione da lui eseguita (1). « In essa, egli scrive, parla della indicazione ordinaria dell'esportazione dell'utero e si propone di volere investigare esperimentalmente se nelle relative indicazioni sia preferibile la gastroisterotomia, come si pratica comunemente, ovvero la gastrotomia con esportazione dell'utero. Dà prima una storia di amputazione d'utero arrovesciatosi durante il parto in una vacca. » L'operazione a giudizio mio non venne condotta dal veterinario » operatore con quella diligenza che si conviene e la morte del » quadrupede deve in parte attribuirsi al metodo poco razionale » con cui si cercò di soccorrerlo. Passa poi a parlare della esportazione dell'utero a mezzo della gastrotomia, come metodo di cura » in alcuni casi di parto impossibile (e qui si cita lo Jeser). Esamina le condizioni richiedenti il taglio cesareo, il quale quasi » sempre è mortale anche nelle bestie a cagione del mancato » *a tempo*. Vorrebbe limitare l'amputazione dell'utero quando sia » mancato l'*a tempo* e limitarsi al semplice taglio cesareo, quando » s'interviene nel tempo favorevole. Il primo esperimento del » Dott. Fogliata fu eseguito il 7 luglio 1874 sopra una gatta gra-

(1) *Della amputazione utero-ovarica come complemento al taglio cesareo.* — Milano, 1876. Fratelli Rechiedei, pag. 76-78.

» vida in travaglio di parto da 15 giorni con morte dei prodotti
» residuati nell' utero, alterazione grave dell'utero stesso e peri-
» tonite marciosa. Amputossi l'utero e la bestia morì 3 ore dopo.
» Il 2° esperimento consistette nell'amputare un utero di cagna
» non gravida e che guarì.
» Il 3° si fece su una cagna non gravida che morì in seguito
» alla esportazione dell'utero.
» Come si vede, le esperienze dell'autore, a suo stesso giudizio,
» non sono provanti il nostro assunto perchè non eseguiti su
» animali gestanti, tranne un caso in cui l' operazione si fece a
» gestante moribonda e che perciò non deve essere valutato.
» Le idee svolte dal Dott. Fogliata circa la convenienza d'am-
» putare l'utero stato maltrattato anzichè lasciarlo aperto nell'ad-
» dome sono certamente consone alle mie e volute dalla logica. »

Lo stesso Porro nel 1874 aveva già intrapreso le sue esperienze sopra tre coniglie gravide, che tutte guarirono, diedero latte e lo mantennero per qualche tempo, sebbene per la tema che si sgravassero spontaneamente le avesse operate avanti termine occasionando la incapacità di vivere della prole.

Secondo Berruti (1) il Gueniot avrebbe pure consigliato la esportazione dell' utero « per evitare la mortale peritonite che sussegue sempre all'operazione cesarea »: di questo consiglio non mi venne fatto di trovare traccia. Trovai bensì come il Gueniot (2) consigliasse, prima di recidere l'utero, di farlo sporgere (non uscire come asseriscono alcuni erroneamente) mediante un filo metallico dalla incisione addominale, onde aprirlo per così dire fuori del ventre ed evitare lo spargimento dei liquidi nel cavo peritoneale. E non altro ricorda il Gueniot stesso quando prese la parola nella Società di chirurgia il 24 maggio 1882, in occasione della presentazione del caso di Guichard (3).

È invece opportuno il qui ricordare le esperienze di Rein e le conclusioni che egli ne trasse, perchè dimostrano come egli da qualche tempo proseguisse lo stesso concetto cogli stessi intendimenti. Oltre ad alcune comunicazioni preventive fatte nei gior-

---

(1) *Contributo allo studio della istero-ovariotomia cesarea.* — Napoli, 1880. — Enrico Detken Editore, pag. 9.

(2) *De l'opération césarienne et des modifications qu'elle comporte dans son execution.* — *(Bull. gin. de ther.,* 1870).

(3) *Annales de Gynaec.* — Aout, 1882, pag. 139.

nali russi nell'agosto e nel settembre 1876, il Rein presentava il 16 ottobre dello stesso anno alla Società dei medici russi di Pietroburgo, un rapporto particolareggiato dal titolo: della sostituzione del taglio cesareo colla escisione dell' utero gravido. Questo lavoro, pubblicato soltanto in russo (1), si compone, scrive lo stesso autore (2), di tre parti:

1.ª Resoconto di 13 esperienze fatte su gatte e coniglie gravide;

2.ª Descrizione particolareggiata del metodo operativo applicabile alla donna. Il manuale operatorio vi è diviso nei cinque tempi seguenti: 1.° incisione delle pareti addominali; 2.° cessazione della circolazione del sangue nell'utero; 3.° incisione senza perdita di sangue della parete dell'utero ed estrazione del feto; 4.° amputazione sopravaginale dell'utero; 5.° sutura della ferita addominale.

Qualcuno fece osservare che la prefazione della pubblicazione di Porro porta una data più tardiva di 14 giorni che non quella di Rein, ma sarebbe assurdo l'accampare su tale differenza una ragione qualsiasi di priorità, poichè l'operazione era stata eseguita il 21 maggio, assicurando così all'ostetrico italiano l'ardita iniziativa nel campo dei fatti.

Nè basta a contrastarla il fatto di Storer: la sua risoluzione presa lì per lì di amputare l'utero per ovviare al grave accidente della emorragia testifica in lui un chirurgo non impari alle più gravi responsabilità dell'arte, e ricco di ripieghi nei più gravi e solenni frangenti. Ecco riassunto il caso (3). L'operazione venne eseguita il 21 luglio 1868: il travaglio aveva cominciato il 18 luglio, ed in quel giorno eransi rotte spontaneamente le membrane, il feto si presentava col vertice, un tumore fibroso dell'utero, riempiente quasi totalmente lo scavo pelvico, complicava il parto. Si attese dal 18 al 20 luglio, ma non essendosi elevato il tumore pelvico si procedette al taglio cesareo: aperto il cavo addominale, la mano stabilì l'esistenza di un tumore fibro-cistico

---

(1) *Medicinsky Westnik*, 1876, N. 44. (Vedasi il *Centralblatt f. Gynaek*, 1877, Num. 6).

(2) *Sur la methode opératoire de l'extirpation de l'utérus gravide.* Lettre écrite à M. le Prof. agrégé A. Pinard. — (*Ann. de Gyn.*, Fevrier, 1881).

(3) H. A. Storer. — *Extirpation of the puerperal uterus by the abdominal Section.* — (*Journal of the gynecological Society of Boston.* Octobre, 1869, pag. 223).

che siedeva alla parte sinistra ed anteriore dell' utero con un prolungamento aderente nel bacino. Una incisione esploratrice dimostrò il rammollimento dell' interno del tumore e diede luogo ad una emorragia considerevole per cui incise rapidamente l' utero, e fece l'estrazione di un feto voluminoso e già decomposto. L' emorragia essendosi fatta spaventevole, onde farsene padrone, Storer si decise ad amputare l' utero: trafisse l' utero al disopra del collo mediante un trequarti ed una doppia cordicella metallica passata attraverso questo servì a legare da ciascun lato le due parti del peduncolo. La sezione fu fatta colla catena dello schiacciatore ed il moncone fu cauterizzato col ferro rovente e temendo pur sempre il ritorno della emorragia si applicò un clamp sul peduncolo. L'ammalata morì dopo quattro giorni per setticoemia.

Che il partito a cui si appigliò lo Storer non sia stato il frutto della meditazione, lo dimostrò anche il fatto che egli non venne tratto da tale caso nell'orbita del concetto di completare il taglio cesareo anche nei casi ordinari coll'amputazione utero-ovarica.

Riepilogando, nel momento in cui il Porro di deliberato proposito e indotto da lunga preparazione si accingeva a completare il taglio cesareo coll' amputazione utero-ovarica, lo stato attuale della scienza poteva così compendiarsi. Il taglio cesareo continuava a dare una mortalità che nella coscienza di tutti consideravasi superiore a quella apparente offertaci dalle statistiche di Kayser, di Mayer, ecc. Gli ostetrici erano ancora divisi sull'opportunità di suturare l'utero, ma i successi ognora più numerosi ottenuti colla sutura, specialmente metallica, erano innegabili ed acquistavano mano mano alla sutura nuovi proseliti, mentre cominciava a farsi strada il concetto, che già trionfava per la sutura di altri visceri, di affrontare sierosa contro sierosa. I progressi della chirurgia addominale e l'introduzione della medicazione listeriana mentre davano nuove speranze di migliorare la prognosi del taglio cesareo, permettevano che si consigliasse e si accettasse anche l' uso della seta, vecchio materiale di cucitura, a *fili perduti.* Negli archivii della scienza erano depositate proposte ed esperienze, dai più ignorate, le quali miravano a fare esperire l'esportazione dell' utero come mezzo acconcio a migliorare la prognosi del taglio cesareo, nonchè la proposta di isterilire la donna onde sottrarla al pericolo di una nuova gravidanza, ma non si trattava che di prove di patologia sperimentale che i con-

temporanei dimenticano, e gli eruditi ripescano quando la scienza si rimette per quella via che si era già tentato di aprire. Da pochi anni infine erasi pubblicato il caso di Storer che non aveva levato alcun rumore, nè provocato discussioni, colpa forse l'insuccesso, ma nello stesso tempo la migliorata tecnica dell'isterectomia ed i successi ottenuti, incoraggiavano il Porro a cimentarsi all'ardua prova.

Togliere un vasto fomite d'infezione, assicurare la emostasi, rendere impossibile il versarsi dei secreti uterini nel cavo peritoneale, fruire del vantaggio di sorvegliare e medicare direttamente la superficie del moncone uterino residuo, isterilire la donna erano i vantaggi che si proponeva il Porro colla sua innovazione, e dai quali sperava potesse essere notevolmente migliorata la prognosi del taglio cesareo.

Il felice successo ottenuto divulgò il caso ed il metodo operativo, che più o meno modificato venne oggidì esperito in tutta Europa, negli Stati Uniti, in Australia, provocando le invereconde adulazioni e le stolide obbiezioni, i serii entusiasmi e le feconde opposizioni. La maggior parte degli ostetrici si mise per la nuova via e fra essi molti dei più autorevoli: di buon'ora però fuvvi chi si dimandò se il taglio cesareo classico colla sutura e colla rigorosa antisepsi non potesse dare gli stessi risultati, ed ora una poderosa corrente si è formata onde risospingere nuovamente gli ostetrici sulla vecchia strada.

È mio antico convincimento che sia riservato un vasto campo d'azione vuoi all'amputazione cesarea utero-ovarica, vuoi al taglio cesareo classico perfezionato e questa convinzione si è fatta più profonda coll'esame spassionato dei fatti. Esaminiamoli.

(Continua).

INTORNO AD ALCUNI FATTI CLINICI

OCCORSI NELLA

SCUOLA DI OSTETRICIA IN NOVARA

durante l'anno scolastico 1882 - 83

esposti dal Prof. PAOLO NEGRI
Direttore della Scuola

(*Continuazione*, V. pag. 351).

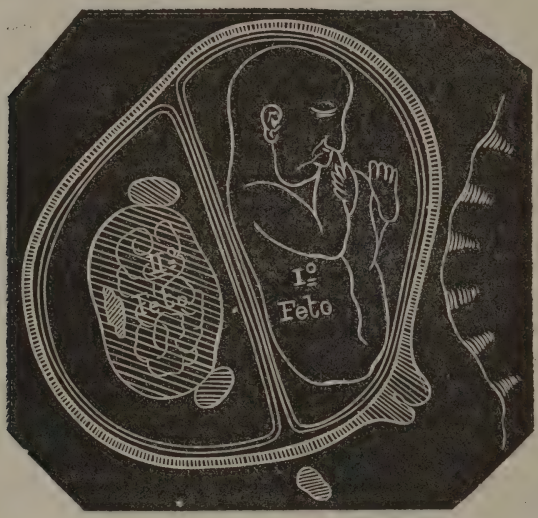
Il 15 giugno alle 5 3/4 il parto era completato; merita ricordarne l'andamento, perchè qualche particolare sarà poi necessario per la interpretazione dei fatti. Le contrazioni furono sempre languide; vennero rotte le membrane artificialmente a completa dilatazione della bocca uterina alle ore 3 1/4 ant.; alle 4 3/4 ant. veniva espulso il primo feto presentantesi con il vertice in posizione O. I. S. T. Però la espulsione del tronco veniva ostacolata dalla grande tensione del cordone ombellicale per cui fu mestieri legare il cordone e reciderlo; fu legato anche il capo placentare, ma con meraviglia di chi assisteva al parto questo capo si ritirò spontaneamente ed assai in alto nel canale genitale. Questo primo feto era un maschio vivo pesante grm. 1090 e lungo ctm. 43 (23-20).

Subito dopo il parto del primo feto, ecco ciò che si sentiva palpando; a destra ed in alto un estremo voluminoso, nella fossa iliaca sinistra un tumore subsferico duro; esplorando, impegnata nello stretto superiore la spalla sinistra: il moncone della spalla era facilmente accessibile e portando il dito a sinistra si poteva anche raggiungere una parte della testa. L'ascoltazione era negativa. Alle 5 3/4 anche il secondo feto era espulso con il meccanismo della *evoluzione cefalica spontanea*; era un secondo maschio con i caratteri della morte recente, pesante grm. 1240,

lungo ctm. 43 (22-21). Il secondamento si compiè alle 6 ant. favorito dalla spremitura.

La placenta è unica, il sacco risulta di un solo corion e di un solo amnios: le particolarità offerte dai cordoni dei due feti troveranno descrizione più innanzi. Il 1º feto espulso vivo moriva al 3º dì: il puerperio decorse assolutamente apiretico e la donna abbandonava la Clinica il 27 giugno.

I casi così esposti hanno tutti e due un valore, in prevalenza clinico il primo, prevalentemente anatomico invece il secondo. Il primo caso infatti fu interessante: primo per la posizione reciproca dei feti, secondo per la maniera di intervento.



Osservazione I.ª

Relativamente alla posizione dei due feti nel cavo uterino allorquando questi sono contenuti in due uova distinte, od almeno in due sacchi amniotici separati, a tre si possono ridurre con Budin le principali varietà cioè: ora i due feti sono posti l'uno di *fianco* all'altro, ora l'uno sta *sopra* l'altro, finalmente l'uno può essere al *davanti* dell'altro.

La posizione dei feti nella prima osservazione può essere rappresentata dall'unita figura schematica, che serve a fissare le particolarità del caso.

Dalle osservazioni di Budin nel sopracitato lavoro (1) appare manifesto che quando i feti sono posti l'uno al davanti dell'altro, talvolta è quasi impossibile la diagnosi della gravidanza gemellare poichè con la palpazione per quanto attentamente ripetuta non si riesce a sentire che due grosse estremità fetali, e con l'ascoltazione non si riscontra che un solo focolaio dei suoni cardiaci fetali.

Nel nostro caso invece ci riuscì assai agevole lo stabilire la presenza di due feti nel cavo uterino data la favorevolissima disposizione dei due gemelli, l'uno disposto dietro l'altro, ma incrociantesi con i loro diametri verticali. Con tale disposizione ci riesce anche assai facile lo spiegarci del perchè per quanto venisse ripetuto l'esame, mai con l'ascoltazione si sia arrivati a segnare i due focolai cardiaci fetali. Già Depaul accenna a questo fatto con le seguenti parole anche riportate dal Budin. « Quoiqu'il « soit exact de dire que le bruit des deux coeurs peut être en« tendu dans la plupart des cas, il n'en est pas moins vrai qu'il « ne c'est pas toujours. Cela tient à la position respective des « deux enfants, quand, par exemple, l'un des foetus est placé en « davant de l'autre. »

Anche l'esame degli annessi può in qualche modo convalidare la diagnosi portata durante la gravidanza e controllata al momento del parto; trovammo cioè che l'uovo che conteneva il primo feto avea due aperture, una in corrispondenza della parte di uovo che cadeva sulla bocca uterina, l'altra sulla parete anteriore e che interessava il setto posto fra le due uova e dava passaggio all'uovo che stava al davanti in guisa che il 2º feto per poter essere espulso dovè attraversare la intera cavità del primo uovo.

Riguardo poi all'intervento noi ci limiteremo a dire che abbiamo deliberatamente applicato il forcipe sull'ovoide podalico (varietà natiche) del primo feto: la questione se o meno debba usarsi tale strumento sull'ovoide podalico può dirsi risorta ai nostri tempi; numerosi lavori, fra i quali uno spettante al Belluzzi nostro (2) ed altro recentissimo dell'Olivier (3) potranno

---

(1) *De la situation des oeufs et des foetus dans la grossesse gémellaire et des symptomes qui en résultent. (Progrès Médical et Archives de Tocologie*, 1883).

(2) Belluzzi. *Pericoli dell'applicazione dell'uncino ostetrico all'inguine del feto nel parto per le natiche.* - Bologna, Gamberini e Parmeggiani, 1881.

Belluzzi. *Dell'uso del forcipe sulle natiche del feto*, Bologna, 1882.

(3) Olivier. *De la conduite a tenir dans la présentation de l'extrémité pelvienne mode des fesses.* -- Paris, Adrien Delahaye, 1883.

mettere sott'occhio al lettore lo stato della questione assai meglio di quanto io qui non potrei fare.

Riguardo all'intervento nel parto del secondo gemello, risultando dopo la praticata versione podalica con manovre esterne, che il feto si presentava anch'esso con l'ovoide podalico varietà natiche si mise in pratica l'abbassamento profilattico di uno degli arti inferiori, raccomandato da Spiegelberg, Mangiagalli, Chiarleoni, ecc. onde poter avere qualche cosa su cui tirare, qualora ciò necessario divenisse, come infatti fu.

La specialità, usiamo questa espressione, della osservazione seconda sta nel fatto anatomico: presenza di due feti liberi in un solo sacco risultante da una parete coriale, ed una sola parete amniotica: oltre a ciò trovammo l'attorcigliamento dei cordoni fetali l'uno sull'altro.

Così definisce i gemelli monocorii il Taruffi nel suo pregevole scritto (1):

Gemelli perfetti d'egual sesso, inclusi in un solo corion, provveduti di una sola placenta: chiamati da Hahlfeld gemelli *omologhi*, da Dönitz *paarlinge*.

Diamo ora la descrizione degli annessi fetali la cui presentazione grafica dobbiamo all'abile mano del sig. Ing. L. Marchesi (si veda la tavola 1ª).

Gli annessi pesano complessivamente grammi 600; la placenta è di forma irregolarmente ovoidea e presenta verso la regione centrale la inserzione dei due cordoni; nulla di particolare offre alla sua faccia uterina. Esaminando le membrane si vedono fatte da un unico sacco risultante da un amnion e da un corion. I due cordoni che abbiamo detto inserirsi verso il centro, distano l'uno dall'altro all'attacco placentare 2 ctm. e mezzo circa: da ognuno parte la consueta rete artero-venosa che si diffonde tutto all'intorno a guisa di raggi. Deve però notarsi un particolare: il cordone del 2º feto qualche centimetro prima di inserirsi dà un'ansa da una delle arterie ombelicali che viene ad essere contenuta in una duplicatura dell'amnion che va ad inserirsi sulla faccia fetale a guisa di vela.

I cordoni colpiscono un po' perchè alquanto esili, ognuno risulta formato da una vena e due arterie, scarsa è in genere la

---

(1) Cesare Taruffi. *Sui gemelli monocorii.* (*Bollettino delle Scienze Mediche*). Maggio 1881, Bologna.

gelatina di Warthon; dopo un certo tratto i due cordoni si intrecciano come appare dalla unita Tavola 1; esaminando il modo con il quale si produce questo attorcigliamento si può dire che fu il 1º feto che girò ripetutamente attorno al 2º gemello, il cordone del quale rappresenta quasi l'asse attorno al quale avvennero i giri. Bisogna anche notare che nei luoghi ove il cordone del 1º feto gira attorno a quello del 2º, il cordone di questo presenta un apparente diametro minore; e dico apparente perchè non è già che il cordone sia stato compresso in questi punti fino a perdere realmente nel diametro, ma è che ai lati del punto in cui il primo cordone gira sul secondo la gelatina di Warthon è raccolta più abbondantemente in guisa da formare come dei gozzi che appaiono molto distinti nella tavola.

Abbiamo avvertito che tutti i vasi erano normali in numero, cioè ciascun cordone risultava provvisto di 2 arterie ed una vena: ora aggiungeremo che tutti questi vasi erano perfettamente pervii ed approfittando del sangue naturalmente in essi contenuto bastava una semplice lieve pressione per dimostrare tale condizione.

Il primo cordone (nel tratto rimasto attaccato alla placenta) è lungo ctm. 71, il 2º ctm. 80.

Tale comportarsi dei cordoni in casi analoghi al nostro ora esposto non è raro: anzi a tal riguardo non sappiamo il perchè il Taruffi scriva le seguenti parole:

« In quanto all'annodarsi reciprocamente i funicoli ombelicali « sebbene questa sia una eventualità possibile ogni qualvolta vi è un « solo amnion, tuttavolta non abbiamo nella specie umana riscon- « trata alcuna osservazione che accenni ad un tal fatto. Havvi « per altro un esempio nella famiglia felina rappresentato da Otto, « da cui si rileva che 5 gattini avevano i rispettivi funicoli ap- « pena usciti dal bellico annodati fra loro; ma l'autore non de- « terminò il sesso dei neonati nè le circostanze che accompagna- « rono il fenomeno. La qual cosa non abbiamo mancato di far « noi in caso analogo occorsoci nel marzo 1881, eccettochè noi « pure non riuscimmo ad avere le secondine (1). »

Ora Chantreuil nella sua tesi *Des dispositions des cordons* ecc. (Paris 1875) ricorda due casi analoghi, l'uno di Newmann e l'altro di Soete. Nel caso di questo secondo osservatore i due cor-

(1) Taruffi. *L. c.*, pag. 317-318.

doni assai lunghi formavano fra loro nella parte di mezzo un doppio nodo perfettamente fatto. Oltre a queste esisteranno assai probabilmente altre consimili osservazioni. In ogni modo però la presenza dell'attorcigliamento e del nodo nel nostro caso non ebbe conseguenza veruna sulla vita dei feti; ed infatti non può attribuirsi la morte del 2° feto alle particolarità offerte dai cordoni, ma bensì al meccanismo speciale con il quale fu espulso, cioè alla evoluzione cefalica spontanea.

Riguardo poi alla genesi dell' attorcigliamento ben facilmente si potrà comprenderla qualora si pensi che ambedue i feti erano contenuti in una borsa piena di liquido: facilissimi in conseguenza ed affatto liberi tutti i movimenti dell' uno sopra l' altro feto.

Resta infine un'ultima questione: questi giri di un feto attorno al cordone dell'altro quando si produssero? A parer nostro, dall'esame dei rispettivi cordoni ci pare non far torto alla verità ammettendo che tale attorcigliamento debba essersi prodotto durante la gravidanza e in epoca relativamente lontana dal parto: ci basiamo nella nostra deduzione sopra il fatto di quelle specie di gozzi trovati lungo il corso del cordone del 2° feto, quello precisamente che potea quasi considerarsi l'asse di rotazione; ora tali gozzi corrispondono precisamente ai punti intermediarii a quelli di passaggio dell'altro cordone: in que' punti si è certamente prodotta una lievissima pressione la quale però non ha per nulla alterato la nutrizione e conseguentemente lo sviluppo del feto, ma fu sufficiente a provocare una certa ineguale disposizione della gelatina di Warthon (1).

Finalmente dobbiamo ancora ricordare che per quanto accuratamente noi abbiamo osservato l'amnios non ci venne fatto di scoprire briglia o residuo alcuno che potesse anche lontanamente far ricordare che quella cavità risultasse dalla fusione di due preesistenti. Nè è oziosa tale ricerca poichè, come è noto, due sono le opinioni che corrono ancor oggi nel campo scientifico relativamente a questo particolare teratologico. Da quando si incominciarono ad osservare casi indiscussi di unicità dall' amnion

---

(1) Dobbiamo anzi aggiungere che molto probabilmente il cordone del 2° feto faceva altro giro su quello del 1°, in corrispondenza dello spazio esistente fra quei due tuberi che si rinvengono sul decorso di questo al di sotto del nodo, giro probabilmente svoltosi durante il parto.

si pensò anche a cercarne il meccanismo di formazione. Il Kleinwächter ammise che originariamente l'amnios fosse sempre doppio e che la lacerazione del setto fosse conseguenza dei movimenti dei gemelli. Schultze invece contrario alla teoria della fusione ammise piuttosto la formazione di una sola piega amniotica attorno ai due gemelli.

Il nostro caso, data la assoluta mancanza di vestigi di setto o di fusione qualsiasi fra due sacchi originarii, porterebbe in conseguenza una nuova osservazione contro la idea esposta dal Kleinwächter, a meno che non si voglia riconoscere un *avanzo di setto* in quella specie di lembo amniotico triangolare, che da noi non viene per tale considerato.

Anche rispetto al prodotto troviamo seguita la legge che può dirsi quasi senza eccezione, la eguaglianza cioè nel sesso dei due gemelli. Rispetto al loro sviluppo trovammo ben piccola la differenza pesando l'uno (il 1°) grm. 1090, l'altro (il 2°) 1240, ed essendo poi ambedue lunghi ctm. 43.

E prima di finire non crediamo inutile di volgere lo sguardo al fatto partendo dal criterio puramente clinico: troviamo che tale varietà anatomica di gravidanza gemellare può essere causa di speciale distocia: rotto cioè il sacco amniotico e colato il liquido, l'utero contraendosi agisce su ambedue i feti contemporaneamente e tende ad impegnarli ambedue nello stretto superiore. È quello che avvenne nel nostro caso: il primo feto infatti che si presentava con l'estremo cefalico venne per questo espulso, ma vedemmo tale espulsione relativamente lunga, tenuto in mente il fatto di una gravidanza interottasi assai prima del termine, e di un canale genitale cedevole come si osserva ordinariamente nella multipara.

Notammo eziandio che la disposizione speciale dei cordoni determinò un caso di brevità relativa, al punto da essere necessaria la incisione del cordone perchè si completasse la espulsione del primo feto; non appena espulso il primo gemello, l'esame dimostra che già il secondo feto è impegnato nello stretto superiore con il suo piano laterale sinistro: tale impegno evidentemente s'era prodotto durante la espulsione del primo feto, ed anzi questa fu più lunga in conseguenza di tale fatto.

Resta finalmente il modo del parto del 2° gemello: fu esso partorito per la spalla con il meccanismo della evoluzione cefalica spontanea: cosa che non deve far meraviglia qualora si pensi alle condizioni meccaniche nelle quali si compì.

Nè il puerperio deve essere affatto dimenticato; esso fu assolutamente apiretico sebbene la donna fosse altamente tocca dalla infezione palustre e portasse a controllo un tumore splenico occupante tutto il superiore quadrante di sinistra.

III.

La Basilisi di A. R. Simpson.

Fra i tanti processi proposti per la diretta demolizione della base del cranio uno ve ne ha che ebbe dal suo autore il nome di *basilisi*, volendo alludere con ciò alla completa sconnessione della base cranica. Chi lo propose porta per eredità un nome glorioso nella ostetricia, quello del grande Simpson, ed è l'attuale clinico ostetrico di Edimburgo. Noi troviamo relazione della sua proposta in uno dei capitoli del suo volume: *Contribution to obstetrics and Gynecology*, edito ad Edinburgh nel 1880. Eccone il titolo: *Basilysis: a suggestion for comminuting the foetal head in cases of obstructed labour*, e fu pubblicato nell'aprile 1880 nell'*Edinburgh Medical Journal.*

Diciamo in poche parole in che cosa consista la proposta dell'autore e che cosa sia il nuovo strumento da lui usato.

Premessi alcuni cenni sulla craniotomia, cranioclastia, cefalotrissia e cefalotomia il Simpson si ferma con ispeciale compiacenza sulla sfenotrissia o trasforamento, poichè a suo credere è appunto in questa direzione che deve lavorare la ostetricia per giungere all'ideale, lo sminuzzamento del cranio. Accenna allo sfenotribo degli Hubert, e poi parla del metodo proposto dal Guyon: ma appunto riconoscendo quanto questo sia buono e nello stesso tempo complicato il suo procedimento si domanda se non sarebbe il caso di usare di un istrumento meno costoso e meno imbarazzante. Ed ecco la proposta di un nuovo strumento che si può così compendiosamente descrivere:

È un robustissimo perforatore simile a quello di Blot, con la sostituzione alla nota punta di questo strumento, di un estremo fatto a passo di vite: la base su cui termina la vite è provvista di un marcato rialzo affatto ottuso e ciò per limitare esattamente la quantità che deve essere piantata nel cranio.

Ed ora due parole sull'uso dello strumento: aperta ampiamente

la volta del cranio, spappolata la sostanza cerebrale, si guida lo strumento sulla base in modo che la punta venga a mettersi sul corpo dello sfenoide: allora con giri rotatori si infigge nelle ossa tutta la parte tagliata a vite: consumata questa si avvicinano le branche, per cui ne consegue che la parte mobile nascosta nella vite si allontana dal rimanente e con ciò risultano staccate ed allontanate le parti ossee circostanti. Durante l'applicazione è necessario far fissare validamente la testa dall'esterno, oppure fissarla dallo interno colle dita.

Il processo in sè stesso è semplicissimo, l'istrumento di facilissimo maneggio: se la cosa riesce, certo che se non l'ideale del l'arte sarà raggiunto, almeno si è sulla buona via.

Vediamo che la via seguita dal Russell Simpson era stata prima di lui in Italia e fuori battuta da altri: l'armamentario di Lucina conservando gli strumenti proposti, segna, direi, le differenti tappe di quella che si chiamò anche cefalotrissia interna.

Citiamone qualcuno. Il più semplice strumento è certamente il *terebellum* di Dugès, il cui modo di agire è così riassunto dall'autore stesso:

« Questo strumento introdotto in linea spirale come un tirapalle si può fissare nelle ossa e servire di tiratesta: impiantato più profondamente, trasversa e rompe senza difficoltà le ossa della volta e della base del cranio; può ridurre la base in frammenti mobili e suscettibili d'appianarsi e di acquistare a questo modo delle piccolissime dimensioni (1). »

Troviamo poi lo sfortunato *Diatripteur* del Didot, e più tardi la trivella ci ritorna ancora nell'armamentario nello sfenotribo degli Hubert e nel forcipe sfenotribo dei fratelli Lollini di Bologna. Ma non è ancor terminato: la trasforazione combinata allo schiacciamento esterno è riproposta dal Guyon nel notissimo suo apparecchio, e la ritroviamo ancor più tardi in uno strano strumento proposto dal Chassagny di Lione (1878) chiamato craniotripso-tomo.

Ma in Italia sorgeva una proposta fatta dal Fabbri padre, e ripresa dal Fabbri figlio e più tardi migliorata dal Prof. Tibone e Dott. Bergesio, e della quale è pur necessario il brevemente discorrere, poichè corre affatto parallela a quella venuta più tardi dal clinico di Edimburgo.

---

(1) Dugès. *Manuale di Ostetricia*, Milano, 1833, pag. 240-41.

Il Prof. G. B. Fabbri espose la prima volta il suo processo nel 1873 (*Del bacino obliquo-ovale*, memoria 4ª con appendice in cui si propone un nuovo processo di cefalotripsia interna. — Bologna, 1873).

Il Prof. E. F. Fabbri ritornava sull'argomento nel 1875. (*Sull'embriotomia*, compresovi il processo di cefalotripsia interna del Prof. G. B. Fabbri. Bologna, 1875). Gli istrumenti proposti sono due: la *forbice embriotomica* ed il *cefalotritore interno*.

La prima è una modificazione della forbice di Asdrubali: la modificazione sta nell'aver reso leggermente falcati i taglienti per impedire che l'istrumento sdrucciolasse durante la chiusura. Gli esperimenti segnati coi num. 35 e 36 (pag. 68-69) mostrano la potenza dello strumento.

Il *cefalotritore interno* non è che una tenaglia incisiva retta con mascelle munite di 5 denti (2 sull'una, 3 sull'altra) quando la tenaglia è chiusa è affatto liscia all'esterno ed è impossibile qualsiasi lesione. Il modo di usarla è subito esposto: si apre la volta del cranio, si spappola la massa cerebrale, poi tenendo chiuso lo strumento si esplora la base del cranio allo scopo di stabilire esattamente la posizione delle singole ossa: ciò fatto impugnasi lo strumento con le due mani, lo si porta chiuso sopra le ravvisate sporgenze, lo si apre, si comprendono le notate sporgenze fra le mascelle, si chiude lo strumento e si escide la parte. Così escidendo le rocche petrose, il corpo dello sfenoide, le volte orbitali e l'etmoide si possono fortemente ridurre i diametri bimastoideo e bimalare.

Nel 1880 il Prof. Tibone modificava la tenaglia incisiva (1): le modificazioni consistono nell'averla resa *più sottile* e nel terzo suo superiore *incurvata* come il trapano curvo di Braun, e ciò allo scopo di poter molto più facilmente agire sulla base cranica.

Avuto lo strumento di A. R. Simpson dalla gentilezza del Professor D. Chiara, m'ero proposto uno studio sperimentale parallelo fra il basilista e la tenaglia di Fabbri; ma i miei calcoli furono fatti senza pensare che la Scuola alla quale venivo preposto era affatto priva di tutto quello che è essenzialmente necessario per esperimenti: dotata la Scuola di una pelvi in ferro fuso preparata alla Fabbri, mi vennero poi a mancare i cadaverini,

---

(1) Tibone e Bergesio. *Considerazioni ed esperimenti sui processi di cefalotripsia interna.* (*Giornale Internaz. delle scienze mediche.* Napoli, 1880).

ragione per cui il mio studio rimase allo stato di desiderio. Tuttavia era vivo in me il desiderio di sperimentare lo strumento del Prof. Simpson, poichè mi si presentava in modo alquanto lusinghiero: l'occasione venne e questa volta non la lasciai passare.

Ora siccome in quel tentativo si produsse un accidente che io non prevedevo affatto, così pubblico la osservazione più per questa ragione che non per portare un giudizio sopra lo strumento.

Premetto che a mia notizia il processo di Simpson fu attuato solo tre volte dall'autore medesimo; due volte su donne con viziatura pelvica, una volta per distocia da allungamento ipertrofico del collo uterino: tutte e tre le donne guarirono.

In Italia, per quanto ne so, non fu mai clinicamente cimentato, il mio tentativo adunque lo credo il primo: avrà in conseguenza un certo valore anche per questa ragione.

N. 71 del 1883. — Il 21 marzo veniva accolta N. N. cuoca di anni 24, gravida illegittimamente per la prima volta. Ne' primi anni, stando al suo racconto, non potè camminare nè reggersi, per dolori specialmente agli arti inferiori. Fu mestruata la prima volta a 14 anni e poi sempre regolarmente: l'ultima mestruazione cessò il 19 settembre: da quell'epoca e per la durata di quattro mesi soffrì di vomito e nausea. Nessuna malattia la colpì nel corso della gravidanza.

Esame praticato il 16 aprile. — Di statura assai bassa, m. 1,30 circa, mostra spiccate impronte del rachitismo sofferto nella prima età: nutrizione generale buona, pannicolo adiposo piuttosto abbondante, musculatura abbastanza sviluppata. Organi toracici ed addominali apparentemente sani: solo la milza si mostra aumentata un po' di volume.

Scheletro: arti superiori corti, esagerate le curve radiali, mani tozze: arti inferiori conformati a lettera x per esagerata curvatura antero-est. dei femori, e delle tibie; scheletro complessivamente poco sviluppato.

Pelvimetria. —	Circonferenza	mill.	860
	Distanza fra le spine I.A.S.	»	245
	» fra le creste I. .	»	250
	» fra i trocanteri .	»	300

Coniugata esterna	. . . mill.	170
» diagonale	. . »	92
» vera	. . . . »	78

Con la palpazione si dimostra che il feto si presenta con il vertice occipite a destra, ed il battito cardiaco fetale si percepisce netto nel quadrante inferiore destro. Circonferenza addominale ctm. 92.

Il 12 maggio la circonferenza addominale è di ctm. 95, il diametro longitudinale dell'utero ctm. 20. — Sempre si presenta il vertice.

Il 26 maggio la circonferenza tocca i ctm. 97, il diametro longitudinale 22.

Si decide a quest'epoca valutando da una parte il grado di stenosi, dall'altra lo sviluppo del feto di interrompere ad arte la gravidanza per mettere così fra mobile e canale quella armonia tolta dalla subita rachitide.

Nei giorni 27, 28, 29, 30 e 31 maggio si praticano complessivamente *otto doccie* con acqua alla temperatura di 40° centigradi, servendosi di un irrigatore della capacità di litri 18, tenuto a tre metri di altezza sul piano ove stava la gravida: il liquido è reso asettico dal sublimato corrosivo (1/2000).

Il 1° giugno introduzione di un *tubo di Tarnier*, disteso con detta soluzione di sublimato, introduzione preceduta e seguita da irrigazione vaginale abbondante.

2 giugno. Le contrazioni destate nella notte valsero a cacciare il tubo ancora intatto in vagina alle 10 ant. Da questo momento sospensione completa nelle contrazioni. — Alle 4 pom. si introduce una siringa elastica n. 12 che penetra per $^4/_5$ della sua lunghezza senza rompere le membrane.

3 giugno. Nella notte e durante il giorno qualche contrazione. Alla sera 7 pom. si toglie la siringa. Collo raccorciato, dilatato a 2 ctm. circa, essendo cessata qualsiasi contrazione si *punge l'uovo.*

4 giugno. Qualche goccia di liquido cola ancora di tanto in tanto, ma la donna potè dormire la intera notte e le contrazioni non compaiono. Si fa una *fasciatura addominale.*

5 giugno. Collo quasi scomparso, segmento inferiore più sottile, l'orificio esterno lascia passaggio al maximum al dito esploratore, il battito si mantiene sempre regolare nel quadrante inferiore si-

nistro. Il vertice è sempre sopra lo stretto superiore: è solo impegnato con il tumore di parto. T. matt. 37,6. T. sera 38,5.

6 giugno. La donna è assai stanca, l'utero è timpanico, battito cardiaco appena percettibile. T. ascella 37,5. Le condizioni locali sono sempre queste: collo scomparso, orificio uterino dilatato a 2 ½ ctm., vertice sullo stretto superiore. — Alle 11 ant. brivido assai forte della durata di un'ora, la temperatura tocca subito dopo 41.2.

Ciò considerato non si cerca di perder più tempo, e visto che la natura non rispondeva all'invito l'arte subentrò.

Cloronarcosi. Isterostomatotomia. Perforazione della volta con il trapano Braun. Giova avvertire che il vertice in posizione O. I. S. T. era posto in modo che il parietale più basso risultava il sinistro ossia il posteriore. Svuotamento del cranio con forte getto di soluzione acquosa di sublimato. Essendo sprovvista la Clinica del cranioclaste Braun si tentò la estrazione con quello di Lazzati, ma l'istrumento non tenne presa. Si credette allora di rendere facile la funzione di questo, riducendo eziandio la resistenza della base, e per far ciò si prescelse l'istrumento di A. R. Simpson. Guidato dalla mano sinistra si cercò di piantare la vite sul corpo dello sfenoide; parve all'operatore di riuscire nello scopo: consumato il passo di vite si strinsero i manici e l'opera dello strumento fu presto completata: il rumore dello schianto fu percepito anche dagli assistenti.

Il cranioclaste di Lazzati non riuscì una seconda volta, per cui si applicò il cefalotribo fenestrato del Lollini che ad una seconda applicazione portò la testa nello scavo. Ma tolto l'istrumento ed estratto il capo con le dita si vide che esso era completamente staccato dai suoi attacchi al tronco, e che solo una benderella di cute non più larga di un dito, lo teneva ancora unito al tronco. Alla prima tirata anche questa venne meno. Si abbassò allora il braccio destro, ma questo non valse per la estrazione del tronco, per cui si dovette abbassare un piede sul quale facilissimamente fu estratto l'intero tronco.

Il feto estratto pesava grm. 2150 senza cervello e senza sangue, era una femmina bene conformata. Il secondamento nulla offerse di speciale; subito dopo ed essendo ancora la donna nel sonno cloroformico si praticò una generosa *irrigazione endouterina* di acqua a 38° con sublimato corrosivo in soluzione (1/2000).

Il puerperio fu morboso per essudati micotici sopra alcune

abrasioni avvenute ai genitali, l'unico caso osservato durante l'anno nella Scuola; tali essudazioni cedettero prontamente alla tintura di iodio. Abbandonò la clinica il 27 maggio in ottima salute.

Il risultato del parto prematuro nella nostra ricoverata non fu ottenuto; questa è la prima deduzione; se con questo atto operativo si presume di mettere il parto nelle condizioni nelle quali dovrebbe essere a termine di gravidanza qualora non esistesse la stenosi, certamente non riuscimmo nello scopo; ci imbattemmo in uno di quelli uteri ribelli pei quali nessun agente è atto a far contrarre la insufficientemente preparata fibra uterina.

La morte avvenuta del feto durante il travaglio ed i gravi fenomeni infettivi conseguenti ci costrinsero ad intervenire in circostanze piuttosto difficili, ed a dover praticare quale atto preparatorio lo sbrigliamento della bocca uterina. Ma non è su ciò che è mio desiderio far fermare l'attenzione del lettore: è specialmente sul fatto della avvenuta decapitazione.

L'esame della testa dovea spiegarci anche la genesi di tal fatto. Il basilista infatti piuttosto che piantarsi sul corpo dello sfenoide scivolò lungo il clivus e venne verso la regione del forame occipitale: allorquando fu messa in azione la sua potenza demolitrice facilmente divelse le ossa che lo attorniavano, anzi ottenne uno scopo non domandato, il distacco cioè della porzione basilare dell'occipite dai suoi attacchi con la colonna cervicale: ne venne in conseguenza che il capo alle tirate fatte con il cefalotribo Lollini non resistette e si staccò completamente dal tronco.

Certo che di tale disgustoso accidente va incolpato più l'operatore che lo strumento, ma siccome poi non è tanto facile il piantare un istrumento retto, sopra un punto determinato della base craniana trattenuta al disopra dello stretto superiore, così mi sono creduto in dovere di dare pubblicità alla cosa per tenere sull'avvisato quel clinico che volesse praticamente esperirlo.

Da questo tentativo, per quanto incompleto, rimase in me un'ottima idea sulla potenza dello strumento quale demolitore della base craniana, ma sorse in me quasi contemporaneamente il dubbio se eziandio il cefalotritore interno del Fabbri opportunamente maneggiato non possa altrettanto facilmente raggiungere lo scopo. E dico ciò pensando che per opera del Prof. Ti-

bone fu tolto alla tenaglia del Fabbri il grave inconveniente dell'essere uno strumento retto, mentre si conserva tale quello offerto dal Simpson e credo meccanicamente difficile il poterlo dotare di una pelvica curvatura.

L'esperimento solo potrà risolvere la questione; ciò io farò se nel venturo anno mi troverò nell'occasione favorevole; sia in ogni modo questa nota una spinta per chi trovandosi nelle ricchezze cliniche può e deve fare.

IV.

L'idramnios specialmente considerato in rapporto con lo stato del feto.

Nel quaderno di febbrajo 1882 di questi *Annali di Ostetricia*, ecc. appariva un breve scritto del Prof. G. Calderini dal titolo: *Contributo alla diagnosi delle mostruosità del feto ed alla eziologia dell'idramnios:* in detto scritto il Calderini veniva alla seguente conclusione: *nell'idramnios devesi ritenere probabile la esistenza di un feto mostruoso preferibilmente per idropisia delle cavità cerebro-spinali;* e soggiungeva « se l'avvenire, come spero, confermerà la giustezza dell'anzidetta proposizione, la statistica indicherà in cifra il grado di probabilità ossia la proporzione dei casi di idramnios dipendenti da mostruosità del feto o legati alla medesima rispetto a quelli dipendenti da altre cause, come ad esempio malattie della madre, malattie del feto, malattie ed anomalie del cordone, malattie della placenta ».

Il lavoro del Calderini tradotto e pubblicato nel fascicolo di marzo 1882 degli *Archives de Tocologie* originò una nota del dottor Paolo Bar pure comparsa in quell'archivio (mese di settembre 1882). Il Bar così scrive: « Da tempo assai lungo, gli autori notarono che nei casi di idramnios il feto era frequentemente male conformato. Ma fino al presente non fu riportata alcuna statistica sufficientemente estesa per poter determinare, con cifre, il rapporto che pareva esistesse fra i due termini: idramnios e alterazioni di formazione del feto ».

Tale lacuna si propose di riempire il Bar con una assai ricca statistica tratta dai casi osservati alla Maternità di Parigi dal 1825

al 1° gennajo 1880. I casi di idramnios furono 550: di questi solo in 489 si trova indicato lo stato del feto; ed ecco ciò che risulta dallo spoglio.

Nacquero morti a termine feti 75, morti prima del termine 56 (45 macerati, 11 non macerati). Nacquero a termine vivi e morirono qualche ora dopo 35, nacquero prematuri vivi e morirono nelle prime ore 22: quindi nella proporzione circa del terzo (188) i feti o nascono morti, o muojono nelle prime ore.

Si trovano poi 169 casi in cui i feti nacquero a termine e vissero, e 48 in cui furono espulsi vivi prima del termine, in tutto 217 sopra 489.

Inoltre sul numero complessivo dei casi si riscontrò 47 volte la gravidanza gemellare, una volta la trigemellare: finalmente solo 37 furono complessivamente le avvertite alterazioni di prima formazione, in guisa che il Bar così conclude:

Per ogni 100 casi di idramnios:

44 feti nascono vivi ben formati;

27 nascono morti o muojono nelle prime ore;

10 sono gemelli;

8 presentano alterazioni di prima formazione e precisamente 3 anencefali, 2 idrocefali, 1 con spina bifida. In conseguenza dato l'idramnios prima di pensare all'esistenza di una mostruosità bisognerà aver riconosciuto che la madre non è sifilitica, che il feto è vivo, che non c'è gravidanza composta. Ciò fatto si dovrà pensare alla *possibilità* e non alla *probabilità* di un feto mal conformato, *perchè il numero dei feti che nascono viventi senza apparenti alterazioni di forma è molto superiore a quello dei mostri* (1).

Io dico il vero che la conclusione a cui arrivò il Bar mi fece alquanto impressione: i casi di idramnios da me veduti si mostrarono accompagnati da alterazioni fetali in proporzione di gran lunga superiore a quella che risulterebbe dalle cifre del Bar. Il Bar stesso sembra voglia prevenire una qualche objezione, perchè quando parla delle mostruosità si affretta a dire: Sur ce point notre statistique ne nous semble pas pouvoir être attaquée, car ici la modification subie par le foetus est évidente et ne peut passer inaperçue; in ciò si può trovarsi in perfetto accordo con il dottor Bar: ma egli non previene anche un'altra possibile domanda.

---

(1) Vedasi l. c. pag. 529-530-531.

Nei 550 casi osservati alla Maternità di Parigi quali furono i criteri per la portata diagnosi di idramnios? e questi criteri furono sempre eguali per il lungo periodo dal 1825 al 1880? Tale mio dubbio si base sopra fatti: è infatti noto che non s'è ancor stabilito quale sia la quantità normale di liquido amniotico nel decorso di una gravidanza normale, nè tutti gli autori sono concordi nel dire quale debba essere la quantità di liquido amniotico per aversi realmente un idramnios: se noi ammettiamo ad esempio con il Charpentier che tutte le volte che la quantità del liquido amniotico supera 1000, 1500 grm. ci sia idramnios, allora certamente si può aspettarsi che il percento dei feti bene conformati sia molto alto ed in conseguenza considerevolmente ribassato quello dei feti mostruosi, poichè in tali casi di legger aumento del liquido assai frequentemente il feto è bene fatto. Alla clinica nella quale io fui educato sotto la direzione del Prof. Chiara tali casi non venivano chiamati idramnios, ma venivano considerati come anelli di congiunzione fra i casi normali e quelli patologici e la diagnosi era quella di liquido *amniotico abbondante, piuttosto abbondante*, ecc.

Quindi senza per nulla infirmare le deduzioni del Bar, io credo che sarebbe più opportuno per risolvere la questione, il raccogliere bensì un numero esteso di fatti, ma a patto che tali casi sieno stati giudicati con criteri definiti, affinchè anche i risultati possono essere interamente accettabili.

Se nel 1882-83 alla Scuola di Novara fu stragrande il numero delle gravidanze composte (4 sopra un totale di 103 parti) (1), altrettanto deve dirsi dello idramnios: ben tre volte mi imbattei in esso e tutti e tre i casi ebbero una speciale impronta. Li espongo ora brevemente:

Osservazione I. N. 126 del 1882. — È una IIIpara, accolta gravida il 23 novembre 1882. Nulla offeriva di speciale nell'anamnesi lontana, nè nella storia della gravidanza per la quale ricoverava. L'ultima ricorrenza mestruale ebbe termine il 23 marzo, il parto su questo dato avrebbe dovuto compiersi il 26 dicembre 1882. Nei tredici giorni di permanenza quale gravida, non avvertì nulla di importante: due fatti venimmo a conoscere solo

(1) I 103 parti furono osservati nel periodo di tempo dal 21 novembre 1882 al 30 giugno 1883.

al momento del parto e cioè: che dal giorno dell' ingresso la donna non avvertiva più i moti fetali, e che da quell' epoca il volume del ventre andava considerevolmente aumentando. Per le condizioni speciali in cui versava la clinica in quei giorni, io non potei rendere oggetto di osservazione la ricoverata se non al momento del parto che si iniziò alle 7 ant. del 6 dicembre 1882.

Quello che colpiva a prima vista era il grande volume dell'addome completamente occupato da un tumore di forma subsferica, ovunque muto alla percussione e che verso il suo polo superiore presentava una specie di solcatura sulla linea mediana quasi accenno ad una bipartizione. Per avere un criterio dello sviluppo basta ricordare che la circonferenza addominale a livello del bellico toccava cent. 110. Il tumore era equabilmente duro, affatto negativa la palpazione, tale pure la ascoltazione: con il riscontro vaginale il collo appariva disfatto ma la bocca uterina non era dilatata, la parte presentata difficilmente raggiungibile, estesa con caratteri oscuri del vertice.

Il travaglio decorse assai lentamente nel primo periodo: dalle 6 ant. alle 4 pom. non ostante frequenti ed assai dolorose contrazioni uterine, la bocca uterina non avea raggiunto che una dilatazione di 4 centimetri circa: a quest' ora essendo stata fin dal mattino portata la diagnosi di idramnios, a metter rimedio alla inerzia relativa da iperdistensione dell' utero si punsero le membrane nel campo dell' orifizio. Colarono circa due litri di liquido amniotico di colore piuttosto scuro; subito dopo lo scolo del liquido cessò e contro la bocca uterina venne a mettersi il vertice fetale in 2ª posizione (O. I. D. P.): si notò però che la quantità di liquido raccolto non era in proporzione con quella che poteva aspettarsi pensando al grande volume dell' utero. Le contrazioni ripresero subito e valide tanto che due ore e mezza dopo (6 $^1/_2$ pom.) la espulsione del feto era completamente fatta: era una femmina morta e macerata pesante grm. 2520, lunga cent. 48.

Dopo la espulsione del capo una ondata di liquido bagnò completamente il letto da parto e gran parte del pavimento della non grande sala destinata al parto. Calcolando a meno del vero la quantità di questa seconda parte di liquido, si può valutare a 6 litri: sicchè la quantità totale sarebbe stata di litri otto. Il secondamento si espletava dieci minuti dopo non accompagnato da emorragia. Non trovo segnato il peso degli annessi: l' esame di

questi, fatto sotto lo speciale riguardo dell' idramnios nulla fece vedere di notevole. L' autopsia del fetino mostrava un grado avanzato di macerazione, ma nessuna lesione appariva al fegato, ai polmoni al cuore od alle ossa.

Il puerperio decorse normale. Uscì l'8 gennajo 1883.

Osservazione II, N. 54 del 1883. — Riguarda una gravida legittima accolta il giorno 8 aprile 1883. Di anni 30, attendente a casa, passò la maggior parte della sua vita in agiata condizione, in questi ultimi tempi la povertà battè alla sua casa: tuttavia potè sempre nutrirsi bene e scansare gravi fatiche. Nessuna malattia precedette l'attuale gravidanza. L' ultima mestruazione cessò l'8 agosto (su questa data il parto avrebbe dovuto espletarsi il 15 maggio). Alla presente precedettero quattro gravidanze decorse affatto normalmente e terminate con parti a termine, naturali: non ebbe a provare disturbi simpatici durante questa gravidanza nè malattia intercorrente alcuna.

Otto giorni dopo (16 aprile) sebbene la donna si credesse lontana dal parto, ci avverte che da circa 15 giorni il suo addome andava rapidamente aumentando e che dal mezzogiorno in poi notava dolori in tutto simili a quelli del parto.

Ecco quello che ci si offriva all'esame subito istituito. Addome quasi completamente occupato da un tumore a diametro longitudinale prevalente, molto elevantesi nel senso antero-posteriore teso, duro, dolente ovunque, ma specialmente in corrispondenza dei quadranti inferiori addominali: lo stato di tensione è marcatissimo e rende affatto infruttuosa la palpazione; negativa è pure la ascoltazione.

Fra le misure prese sull' addome ricorderò la circonferenza a livello del bellico segnante cent. 104.

Al riscontro vaginale il segmento inferiore dell' utero è prominente in vagina, conformato ad imbuto sull'apice del quale sta il collo uterino assai raccorciato: l' apice del dito esplorante può appena essere immesso nell' orificio esterno. La parte presentata non è accessibile: qualora si metta il dito contro una delle regioni del segmento inferiore e contemporaneamente con l'altra mano si prema sopra il globo uterino si sente un notabile sfiancamento dello inferiore segmento dell' utero. Alle 8 pom. del 16 le condizioni sono queste: contrazioni uterine assai dolorose che rendono inquieta la donna; il dolore è maggiore in corrispondenza dei

quadranti inferiori e si esacerba anche sotto leggera pressione della mano, apiressia, si amministrano 3 gr. di cloralio.

17 Aprile, 9 ant. Notte passata insonne nonostante la amministrazione del cloralio; palpazione addominale ed ascoltazione come il giorno 16. Al riscontro si trova il collo completamente disfatto, orificio esterno dilatato a quasi 2 cent. di diametro: contrazioni assai dolorose; la donna è in forte apprensione pensando al rapido decorso dei quattro parti antecedenti confrontato con quello dell'attuale. Anche in questo caso si ricorse alla rottura artificiale delle membrane: si raccolsero grm. 4000 di liquido colati lentamente; dapprima uscì affatto limpido e citrino, poi ne seguì una certa quantità leggerissimamente sanguinolento, l'ultimo infine era verdastro per meconio.

Introducendo l'indice dopo la rottura delle membrane per stabilire il genere di presentazione ecco quello che si riscontrava: la parte presentata si adagiava interamente sul segmento inferiore costituita da una borsa apparentemente fluttuante: al di là dell'equatore di tale borsa il dito esplorante riesciva a distinguere dei capelli, ed attraverso ad essa non era possibile raggiungere parte o punta ossea qualsiasi. Dopo lo scolo del liquido l'utero assunse il volume proprio di una gravidanza alla fine del settimo mese, e con la palpazione si riuscì a sentire le parti piccole fetali nel quadrante superiore destro ed un corpo voluminoso ma molle sullo stretto superiore. Contemporaneamente la ascoltazione dimostrava il battito cardiaco fetale debole e frequente nel quadrante inferiore sinistro.

Dalla somma di tutte le impressioni avute con i singoli esami, si portò diagnosi di mostruosità fetale, con tutta probabilità di un feto portante un meningo od encefalocele.

E soli 40 minuti dopo la nostra diagnosi dovea avere piena conferma: l'utero infatti veniva contraendosi con grande intensità e frequenza ed alle 10,40 ant. del 17 era espulso un feto di sesso femminile che fatto appena qualche tentativo di respirazione moriva. Era del peso di grammi 1500, lungo cent. 35. Diremo poi quello che offriva di speciale.

Alle 11,15 ant. favorito da piuttosto gagliarda spremitura si compiva il secondamento. Nessuna emorragia tenne dietro al parto e dopo un puerperio apiretico, la puerpera abbandonava la clinica il 28 aprile 1883 in ottima salute.

Il liquido raccolto nella quantità di grm. 4000 presentava una reazione neutra, una densità di 1014 all' urometro di Heller; lasciato in riposo dava un sedimento fiocconoso biancastro risultante in gran parte di cellule epiteliali: l'esame chimico dimostrò copia discreta di albumina.

Gli annessi fetali del peso di grm. 300 si mostravano espulsi nella loro totalità: la rottura delle membrane avvenne in tutta vicinanza del margine placentare: la inserzione del cordone quasi centrale. All'esame il più accurato nulla si riscontra di anomalo.

Riguardo al feto la unita tavola II ci dispensa da una descrizione molto minuta.

È una femmina pesante grm. 1500, lunga cent. 35 (16,5 — 18,5). Fatta eccezione per il capo si presenta bene conformata sia nel tronco che negli arti inferiori e superiori: la faccia pure è bene conformata qualora non fosse deficiente la fronte che si può dire quasi mancante in conseguenza della alterata direzione; la volta cranica è affatto appiattita in guisa che il vertice del capo può essere rappresentato da un piano leggermente convesso dall' avanti all' indietro e da destra a sinistra: questo piano risulta fatto dai due frontali e dai parietali. La regione occipitale e la regione posteriore del collo danno attacco ad un grande tumore della circonferenza di cent. 25, con diametro verticale di cent. 10: è coperto da cute quasi ovunque normale: solo al polo posteriore del tumore (regione corrispondente al centro della parte presentata) si avvertono delle poco estese e superficiali depidermizzazioni. Al punto di unione del tumore con il cranio, nella metà superiore esiste un solco profondo, segnato esattamente nella tavola unita. Tutto il vertice fetale, e la base del tumore sono provvisti abbondantemente di capelli.

Il tumore posto sopra un piano e metodicamente compresso si mostra assai elastico e dà quasi una sensazione di fluttuazione: alla prova però della luce si mostra completamente opaco.

Solo il giorno 8 maggio fu praticata la sezione del cadavere: nel frattempo il fetino era stato conservato in una soluzione acquosa di sublimato corrosivo, e non appariva traccia anche minima di alterazione qualsiasi. Spaccato longitudinalmente il grosso tumore esce poca quantità di siero sanguinolento: la massa del tumore risulta completamente da sostanza cerebrale regolarmente inviluppata nelle meningi: tale massa però qua e là è spappolata, ragione per cui non possibile uno studio sulla morfologia di tale cervello.

La via di comunicazione con quello che rimane del cavo cranico, è costituita da un forame ovale della grandezza di circa un pezzo da 10 centesimi, a diametro verticale prevalente con contorno regolarmente tappezzato dalla dura madre: la parte inferiore del contorno di tale apertura tocca lo speco vertebrale. Non c'è alterazione nelle vertebre cervicali.

Torace: polmoni bene conformati, affatto privi di aria; cuore affatto normale: forame del Botallo ampiamente aperto. — Visceri addominali non offerenti alterazioni di forma, sede o numero: le due arterie ombelicali sono bene ed egualmente sviluppate ed ambedue affatto pervie: normale pure è la vena ombelicale. Apparecchio genitale senza anomalie.

Osservazione III, N. 84 del 1883. — Secondipara, contadina di anni 38, gravida, illegittima. Mestruata la prima volta a 17 anni e sempre poi regolarmente: il parto precedente fu fisiologico e tale il puerperio. L'ultima mestruazione cessò il 20 settembre e rimase gravida, a suo credere, subito dopo, convalescente ancora di un superato vajuolo di cui le rimangono evidenti tracce al capo, al tronco ed agli arti. Non avvertì alcun disturbo durante la gravidanza, qualora si eccettui il rapido e marcato accrescimento del ventre dall'aprile in poi.

All'esame del 7 maggio si constatò: marcato idramnios, feto in presentazione cefalica, battito cardiaco nel quadrante inferiore destro (160 al M'). Nessuna modificazione del collo uterino in rapporto speciale all' idramnios. Colpisce la facilità con la quale si possono vedere i moti attivi fetali, per poco che l'osservatore ispezioni l'addome della gravida. La circonferenza addominale (a livello del bellico) segna cent. 100. Non c'è albumina nelle urine. non edemi.

12 Maggio. — La circonferenza addominale a livello del bellico segna cent. 105 — è comparso l'edema alla regione sopra-pubica ed agli arti inferiori — urina acida, limpida — Ps. 1018 — non c'è albumina.

17 Maggio. — Circonferenza come sopra cent. 105 — edema come al 12 — non speciali disturbi da parte del circolo e del respiro.

21 Maggio. — Circonferenza 106 — utero un po' più teso — sempre presentazione cefalica del feto, e mancanza di albumina nelle urine.

21 Maggio. — Circonferenza 103.
26 » » 106.
29 » » 107.
7 Giugno » 108.
18 » » 106.

La diagnosi portata il 7 Maggio fu: gravidanza uterina semplice complicata da idramnios, in donna con pelvi normale, secondipara, feto vivo, mobilissimo, in presentazione cefalica. Gravidanza alla metà dell' 8º mese.

Il parto avvenne il 30 giugno (con quattro giorni di ritardo sulla data segnata dal calendario, 26 giugno).

Durante il periodo dilatante e precisamente a dilatazione di 7 cent. si ruppero spontaneamente le membrane: colarono abbondantissime le acque amniotiche: l'esplorazione subito fatta lasciò sentire con il vertice in O. I. S. A. allo stretto superiore, lunga ansa di cordone pulsante in vagina: l' ansa discendeva in avanti ed a sinistra.

Si intervenne immediatamente con il forcipe Simpson e si estrasse una femmina viva e che vagì subito, pesante grm. 3230 lunga cent. 50 (26-24) bene conformata.

Quindici minuti dopo anche il secondamento era effettuato, favorito dalla spremitura: annessi affatto normali, pesanti grm. 800.

Puerperio apiretico. Esce il 13 luglio 1883. Il liquido amniotico raccolto nella quantità di litri quattro, presentava una reazione acida debole, era di un colore chiaro, torbidiccio, e conteneva pochissima albumina.

Il sedimento offrì all'esame microscopico il consueto reperto di elementi cellulari epiteliari.

M. Clintock studiando 33 casi di idramnios trovava che le gravide presentanti tale condizione morbosa erano in prevalenza pluripare e precisamente nel rapporto di 28 pluripare a 5 primipare: tale prevalenza la troviamo pure confermata nelle nostre tre osservazioni: tutte e tre le gravide erano pluripare e precisamente una IIpara, una IIIpara, la terza Vpara. Lo stesso autore ebbe anche campo di vedere che i nati da tali donne appartenevano in prevalenza al sesso femminile constatando tra i 33 feti espulsi 25 femmine e solo 8 maschi: orbene anche tale raffronto non è alterato nei nostri casi avendo visto tutti e tre i feti appartenere al sesso femminile.

In riguardo poi alla questione prima dalla quale movemmo per presentare ai lettori queste osservazioni, siamo noi per certo i primi a dichiarare che ogni deduzione fatta sarebbe priva di fondamento, perchè trattandosi di soli tre casi, possiamo anche esserci imbattuti in una serie favorevole alle nostre idee: ciò nonpertanto e senza volerne perciò tirare conclusioni, amiamo ricordare lo stato dei feti: uno era macerato, uno presentava una troppo palese alterazione di prima formazione, perchè potesse sfuggire alla osservazione, il terzo finalmente era apparentemente bene conformato. E diciamo con istudio apparentemente, sia perchè avrebbe potuto anche portare con sè alterazioni viscerali che a noi non potevano apparire, sia anche perchè sebbene bene conformato tuttavia qualche cosa offriva di notabile: questo qualche cosa stava tutto nel volume del capo. Già con la palpazione allorquando noi potevamo fissare il capo fetale, avevamo ripetutamente fatto avvertire che il volume di quella testa ci pareva ragguardevole, e trovandoci di fronte ad un caso squisito di idramnios, sospettammo per un momento che anche quel capo potesse essere idropico: ma fu un semplice sospetto e temporaneo, poichè la resistenza di quella testa (sempre inteso durante la gravidanza) faceva contrasto con la possibilità di una raccolta liquida: non dimenticavamo che il Pinard con la palpazione potè durante la gravidanza portare il diagnostico di idrocefalo appunto per lo esagerato volume del capo fetale: lo confessiamo, forse il nostro sospetto era figlio in parte di quella idea che pure s'è fatta larga strada nell'animo dei pratici, che cioè l' idramnios si accompagni frequentemente ad alterazioni fetali. Tuttavia ripeto dopo l'estrazione del feto la testa misurata ci mostrò dimensioni eccedenti quelle di un feto offerente pari sviluppo generale: le riporto qui:

Peso grm. 3230, lunghezza cent. 50 (26-24).

Diametro biparietale	110	mm.
» bitemporale	80	»
» bimastoideo	75	»
» bizigomatico	65	»
Occipito-frontale	110	»
Sottoccipito-bregmatico	105	»
Sottoccipito-frontale	105	»
Mento occipitale	140	»
» frontale	75	»

Mento bregmatico . . . . . 100 mm.
Trachelo bregmatico. . . . . 100 »

Per quanto tali misure abbiano un valore affatto relativo, tuttavia crediamo non errato il dire che tutte le misure riferentesi alla cavità cranica ci sembrano eccedenti quelle ammesse per normali.

L'esame delle suture e delle fontanelle subito istituito non ci permise neppure di pensare ad un idrocefalo, ma con la stessa certezza possiamo noi ammettere o rifiutare la possibilità di una raccolta idropica ventricolare, di un idrocefalo interno? Solo, forse, la ulteriore osservazione poteva farci dimostrare vera o falsa tale supposizione, ma tale osservazione è a noi affatto impedita da una disposizione che vuole l'immediato trasferimento dei nati illegittimi dalla clinica al provinciale brefotrofio.

L'esporre storie di idramnios conduce in modo quasi involontario a dire alcunchè anche intorno alla causa di tale anomalia: nei nostri casi l'esame del prodotto della fecondazione ci rese ragione del fatto?

Il più recente e più completo lavoro sopra la patogenia dell'idramnios è certamente quello di P. Bar, comparso a Parigi nel 1881 (1), studio che pare sia quasi sfuggito ai nostri ostetrici italiani, ciò almeno deducendo dal fatto che in alcuni lavori pubblicati in questi ultimi due anni il nome del Bar non figura: orbene in riguardo alla patogenia viene a queste conclusioni: 1° non è ancora deciso se o meno l'idramnios possa esser prodotto da un aumento della secrezione urinaria fetale. 2° Abbisognano nuove ricerche per determinare l'influenza patogenica delle malattie cutanee fetali. 3° Esistono fatti nei quali la causa dell'idramnios può attribuirsi a disturbi nel circolo fetale aventi per finale risultato una esagerazione della pressione sanguigna nel sistema della vena ombelicale. 4° I casi di idramnios coincidenti con disturbi circolatori nell'organismo materno possono essere spiegati o con la esosmosi delle parti liquide del sangue materno nella cavità amniotica, o più raramente con alterazioni del sangue fetale (Gusserow, Sänger). 5° Non è in oggi ancor dimostrata quale causa dell'idramnios la infiammazione dell'amnios. 6° Non è an-

(1) P. Bar. *Recherches pour servir a l'histoire de l'Hydramnios (pathogenie).* Paris, 1881.

cor dimostrato il rapporto fra idramnios e gravidanza composta, non potendo la ipotesi del Frankenhauser render ragione di tutti i fatti; in riguardo alla sifilide è necessario che le lesioni nel feto o degli annessi possano determinare ostacolo alla circolazione nel sistema della vena ombelicale: solo le ricerche di Dareste possono portare un po' di luce sui rapporti esistenti fra idramnios e alterazioni di prima formazione del feto.

Non è ora nostro compito il passare in rassegna tutti i fatti che possono darsi nelle molte categorie di cause così recapitolate e vedere se con essi possiamo interpretare i nostri casi: noi lo abbiamo fatto ed *inutilmente*, poichè inutili furono le ricerche materiali praticate sul corpo di due dei tre feti, e le ricerche minute fatte sulle tre placente: ricordiamo anche a questo proposito che possiamo anche escludere quale momento eziologico la inserzione velamentosa del cordone, sulla quale richiamò recentemente l'attenzione il Truzzi (1), e che del resto rientra nella grande categoria dei fatti che trovano una causa nella più o meno inceppata circolazione nel sistema della vena ombelicale.

Sopra i momenti clinici dell' idramnios, nulla avemmo di speciale nei nostri casi, e basta la semplice lettura delle osservazioni per giudicare della diagnosi e della eventuale terapia impiegata.

V.

Il sublimato corrosivo nella antisepsi puerperale.

Che il sublimato corrosivo godesse di proprietà antisettiche assai grandi, che posto a confronto con i molti altri antisettici o almeno per tali creduti, si mostrasse a questi superiore, era già un fatto acquisito da studi ed esperimenti di molti osservatori.

Infatti *Dougall e Crace-Calvert* (1872) esaminando l'azione di alcuni medicamenti sui microrganismi nell' infuso di fieno, nell' urina ed in soluzioni di albumina trovavano che lo sviluppo dei bacteri veniva impedito dalla soluzione di sublimato corrosivo 1 : 6000, mentre era necessaria una soluzione di acido fenico 1 : 750 per conseguire il medesimo scopo.

---

(1) Truzzi. *Idrocefalia, idramnios ed inserzione velamentosa del funicolo ombelicale (Annali Universali di Medicina*, Maggio 1883).

Billroth (1874) trovava distrutta la vitalità dei bacteri da una soluzione 1 : 9600 di sublimato, mentre abbisognava quello di 1 :24 per l'acido fenico.

Bucholtz (1875) nelle sue ricerche si propose di determinare quale fosse la più piccola dose di medicamento antisettico capace di impedire lo sviluppo dei bacteri in un liquido acconcio al loro sviluppo, quale la dose del veleno capace di distruggere la vitalità dei bacteri e venne per le due sostanze prese in esame alle seguenti conclusioni: che una soluzione 1 : 2000 impedisce lo sviluppo dei bacteri, mentre per l'acido fenico abbisogna quella 1 :200.

Haberkorn (1879) dimostrava però ripetendo le esperienze di Bucholtz che tali risultati variavano a seconda del liquido sul quale si agiva: trovava infatti che la soluzione 1 : 25,000 impediva ancora lo sviluppo di bacteri nell' orina, ma non lo faceva più quella 1 : 27,500, come pure che la soluzione 1 : 100 di acido fenico non conseguiva questo scopo.

Jalan de la Croix studiando i bacteri che si sviluppano nell'infuso di carne di bue nell'acqua, venne per l'acido fenico e per il sublimato alle seguenti conclusioni:

Il sublimato corrosivo in soluzione di	1 : 25,250	impedisce lo sviluppo dei bacteri.
» »	» 1 : 50,250	non lo impedisce.
» »	» 1 : 10,250	toglie il potere di propagarsi.
» »	» 1 : 12,750	non lo toglie.
» »	» 1 : 5800	ottiene la morte dei bacteri sviluppati.
» »	» 1 : 6500	non la ottiene.
L' acido fenico in soluzione di	1 : 669	impedisce lo sviluppo.
» »	» 1 : 1002	non lo impedisce.
» »	» 1 : 22	toglie il potere di propagarsi.
» »	» 1 : 42	non lo toglie.
» »	» 1 : 22	ottiene la morte dei bacteri sviluppati.
» »	» 1 : 42	non la ottiene.

Krajewski (1880) dimostrava finalmente molto più attivo il sublimato corrosivo di fronte all' acido fenico nel togliere il potere di propagazione ai bacteri del sangue settico (1).

Non ostante tanto splendidi risultati sperimentali, la medicatura antisettica in genere, in modo speciale quella puerperale non trasse che da poco tempo utile partito da questo sì attivo medicamento. Si può dire che generalmente fosse stato introdotto e nelle maternità e nella clientela privata l'acido fenico, che questo in differenti soluzioni servisse alla profilassi antisettica. Ci fu però un ostetrico illustre che non dimenticando i risultati sperimentali, non lasciando da parte gli studi del Davaine, pensò che anche nella antisepsi puerperale si potea trarre utile profitto dal sublimato corrosivo.

Il Tarnier si fece il propugnatore di questo agente antisettico e lo difese con la parola e con l' esempio. Già nel Congresso internazionale medico tenutosi a Londra nel 1881, nella seduta del 9 agosto trattandosi appunto dell'antisepsi puerperale, discorrendo della disinfezione delle mani dell' ostetrico si domandava: *quale liquido deve preferirsi?* — Ricordando allora gli esperimenti da lui intrapresi nel primo semestre del 1880 allo scopo di valutare l'azione dei vari antisettici, concludeva con le parole: *J'ai la plus grande confiance dans l'action parasiticide du bichlorure de mercure.* Nel suo trattato di Ostetricia (in collaborazione con il defunto Chantreuil) raccomanda ancora il sublimato: finalmente dal 29 giugno 1882 applicò in modo quasi completo il bicloruro di mercurio in soluzione nella antisepsi puerperale. Ciò deduciamo da un breve scritto comparso nel quaderno di novembre 1882 degli *Annales de Gynécologie* e che porta il titolo seguente: *De l'emploi du sublimé corrosif en solution pendant l'accouchement et les suites de couches.* Il Tarnier usava di una soluzione di sublimato all' 1 per 2000: con questa provvedeva alla disinfezione delle mani dei medici, allieve, levatrici, infermiere, alla irrigazione vaginale durante e dopo il parto; le irrigazioni durante il parto si ripetevano ogni tre ore. Durante il puerperio, se questo decorreva normale mai si praticavano alla maternità di Parigi irrigazioni vaginali, solo si ripeteva 3 o 4 volte al dì la *toilette* dei ge-

---

(1) Tutte queste citazioni sono tolte dalla rivista sintetica: *Azione degli antisettici sui bacteri e sui contagi*, pubblicata dal Prof. P. Albertoni nel giornale *Lo Sperimentale*, maggio 1882.

nitali esterni lavandoli con soluzione fenica acquosa all'1 per 80, e si impregnavano poi con tale soluzione i panni destinati ad esser tenuti al davanti dei genitali durante il puerperio, e deputati ad assorbire lo scolo lochiale.

Ne' casi in cui il parto avesse richiesto lo intervento, oppure in quelli ne' quali il secondamento non fosse stato completo, o fossero venute a formarsi escare estese sui genitali, e sopratutto allorquando i lochi diventavano fetidi, il Tarnier usava le irrigazioni vaginali con la soluzione 1 per 2000, ed in tali casi pure i panni destinati a raccogliere i lochi durante il puerperio venivano imbevuti con tale liquido.

In complesso adunque il chirurgo capo della Maternità di Parigi si astiene dalla irrigazione metodica vaginale, consono su questo con quanto scrisse a pag. 806 del suo trattato: « *Si l'accouchée est bien portante, le mieux est de ne lui faire aucune injection*..... e più innanzi: *Il faut réserver les injections vaginales pour les cas où les lochies sont fétides et les injections intrautérines pour les cas de maladie* ».

Tale medicatura mercuriale fu applicata in 350 donne che si sgravarono alla Maternità: tra queste s'ebbe un solo decesso, ed anche questo in donna predisposta. Ecco quali sarebbero stati i vantaggi notati: il fetore dei lochi scompariva al più tardi al secondo dì, e rapidamente la febbre cessava: parve che la involuzione uterina si compisse più rapidamente: mai si ebbero segni di ptialismo, solo in tre casi eruzione mercuriale ai contorni dei genitali.

L' Olivier ricorda anche che impunemente e con ottimi risultati, tale agente antisettico fu usato in due casi per irrigazione intrauterina: termina infine esprimendo un voto del prof. Tarnier, cioè che tale antisettico possa venire utilmente impiegato nella disinfezione dei panni, delle materassa, ecc. di tutto quello insomma che può o deve venir in contatto con la puerpera.

Leggendo questa relazione salta però subito alla mente del lettore un fatto, cioè che la medicatura così inaugurata dal Tarnier non poteva rigorosamente dirsi mercuriale: essa era una medicatura mista, prettamente mercuriale durante il travaglio, prevalentemente a base di acido fenico nel puerperio: non si poteva fare un altro passo ed abolire completamente l'acido fenico? Fu quello che io tentai di fare e sebbene ancora la medicatura da me attuata non si possa dire alla lettera *completamente mercuriale*,

tuttavia quel poco che ci manca per divenire tale, credo che non possa influire sui risultati finali.

Una avvertenza però debbo fare e subito: per quanto autorevole e rispettato il nome di Tarnier, tuttavia io non posso seguirlo nel suo astenersi dalla irrigazione vaginale durante il puerperio. Ciò è dato in me dalla profonda ed assoluta convinzione che la irrigazione vaginale fatta con quelle regole che debbono essere sempre osservate, non *possa mai far male*, e riesca invece frequentissimamente assai utile, e questa convinzione è figlia in gran parte della osservazione personale fatta a lungo e su vasto materiale, quello cioè offerto per quasi quattro interi anni dalla Maternità di Milano.

Dirò adunque dapprima in qual modo si sia attuata tale medicatura nella Scuola di Novara, poi quali furono i vantaggi e gli inconvenienti notati: premetto che se il materiale clinico non è molto ricco, tuttavia esso comprende casi i più disparati in modo che io non credo azzardate le deduzioni che se ne possono trarre.

La medicatura antisettica per ottenere lo scopo che si prefigge deve avere come primo e principale carattere quello di essere completa: applicando questo principio all'ostetricia tale profilassi dovrà necessariamente comprendere la gravidanza, il parto, il puerperio. Se una parte dello scopo si raggiunge mettendo in atto le norme generali d'igiene, un'altra invece si basa tutta sull'impiego di mezzi antisettici incaricati di rendere innocuo tutto quello che è destinato a venire in rapporto con la gravida, partoriente e puerpera. Mi restringerò solo a quest' ultima parte. In una Scuola pratica di ostetricia oltre gli svantaggi che offre una maternità in genere, si hanno anche i danni propri della istruzione: il riscontro vaginale deve cioè esser fatto con frequenza molto maggiore e da persone che essendo appunto là per imparare, sono affatto ignare del come si debba fare: s' aggiunga a ciò che molte delle pratiche proprie dell'antisepsi debbono entrare nella mente delle allieve come fatti materiali e non come fatti scientifici, non prestandosi a tali interpretazioni l' arido terreno intellettuale di gran parte delle frequentatrici della clinica.

Ecco il perchè non è facile, nè pronto ne' risultati l' impiego delle norme antisettiche ne' suoi primordi, e solo i risultati diventano incoraggianti qualora il personale tutto superiore od inferiore sia educato e convinto con i fatti materiali, che così facendo si fa l' interesse delle future madri.

La profilassi nella gravidanza è quella che offre più facile attuazione: si riduce alla pulizia in generale ed alle irrigazioni vaginali con soluzione al sublimato (1 : 2000) prima e dopo la esplorazione vaginale: contemporaneamente non si dimentica la perfetta disinfezione della mano intera e specialmente del dito, ottenuta questa dall' uso di una forte spazzola e di detta soluzione: speciale riguardo offre poi la pulizia dell' unghia: finalmente il dito viene ricoperto con leggero strato di vaselina al sublimato corrosivo. Nella esplorazione durante la gravidanza non credo necessaria la polverizzazione medicata. In casi speciali come ad esempio in gravide con scolo abbondante dai genitali, le irrigazioni vaginali si praticano molto più frequentemente e specialmente negli ultimi giorni della gravidanza, onde impedire che quei prodotti più o meno alterati in qualche punto del canale genitale soffermatisi sieno i primi elementi di forme settiche.

Durante il parto nel suo primo periodo la irrigazione vaginale tiepida è ancor quella che tiene il primato: essa va fatta subito dopo ogni esplorazione e con quelle cautele sopra ricordate e troppo note a tutti: trovai più comodo per tali irrigazioni l' impiego di un piccolo irrigatore, e l' uso di cannule vaginali di vetro destinate esclusivamente alle singole partorienti o puerpere. Durante il periodo espulsivo usai in un certo numero di parti la polverizzazione della soluzione di sublimato 1 per 2000, in altro numero invece la irrigazione vaginale calda con detta soluzione ripetuta ogni 20 minuti o mezz' ora: avendo ottenuto ottimi risultati in ambedue le serie di casi e trovando che questo ultimo sistema era più comodo e per la partoriente e per chi assiste al parto sarei quasi deciso a preferirlo non solo alla polverizzazione, ma eziandio alla irrigazione permanente da molti suggerita ed attuata.

Completato il parto, ottenuta valida contrazione dell'utero mediante il massaggio, assicuratisi che nel cavo uterino non sieno rimasti frammenti di placenta, porzione di membrane o coaguli sanguigni si amministra in tutti i parti 1 grammo di segale e si pratica generosa e prolungata irrigazione vaginale con detta soluzione calda. Vedremo che in un caso, per indicazioni speciali, si praticò immediatamente dopo il secondamento prolungata irrigazione endouterina senza che ne risultassero disturbi di ordine tossico da parte della puerpera. Terminata tale lavatura si mette sui genitali esterni un cuscinetto di cotone fenicato e questo alla

sua volta vien tenuto fisso con ampia lettera T previamente disinfettata con detta soluzione di sublimato, asciugata e mantenuta in ispeciale cassa metallica.

Durante il puerperio, in tutte le donne, si praticano due irrigazioni vaginali al giorno con detta soluzione calda, si mantiene costantemente la descritta medicatura ai genitali, usando sempre per ogni donna una speciale siringa vaginale in vetro (ed occorrendo anche uretrale) mantenuta costantemente in un recipiente ripieno di detta soluzione. Sempre inteso che le mani delle levatrici, delle allieve, dei medici vengono metodicamente disinfettate con detta soluzione. Tutto ciò riguarda quello che tocca davvicino la donna: alla antisepsi dell' ambiente si provvede con lo spargere frequentemente sul pavimento il liquido disinfettante, con il cambiare metodicamente la biancheria del letto e della persona, con il produrre una nebbia medicata nelle stanze da puerperio per qualche ora ogni giorno: con il mantenere i mezzi di medicatura dopo che hanno servito in recipienti metallici chiusi. Occorrendo un atto operativo la cosa procede ugualmente, solo aggiungendovi la esatta disinfezione degli strumenti con detta soluzione.

Così facendo ottenni risultati buoni e siccome l'esposizione dei fatti è la migliore delle dimostrazioni, così non sarà discaro al lettore il trovarli qui brevemente riportati.

Tale medicatura che può a ragione chiamarsi mercuriale (1) fu attuata il primo marzo 1883: le osservazioni fatte abbracciano i quattro mesi decorrenti da quel giorno al 30 giugno. In questo lasso di tempo partorirono 51 donne.

1° Gruppo.

1. N. 34 del 1883. — Primipara — parto nel corso del nono mese il 1° marzo 1883 — femmina viva, pesante grm. 2740 — V. O. I. S. A. spontaneo — puerperio apiretico — esce il 7 marzo.

2. N. 38 del 1883. — IIpara — parto spontaneo a termine il 5 marzo — femmina viva — V. O. I. S. A. — grm. 3100 — puerperio apiretico — esce il 17 marzo.

---

(1) Per essere rigorosi noi avremmo dovuto non impiegare il cotone fenicato, bensì quello al sublimato: è ciò che faremo nel nuovo anno scolastico: a nostra discolpa diremo che solo da poco tempo la industria offre il cotone al sublimato.

3. N. 39. — IIIpara — parto spontaneo a termine il 10 marzo — maschio macerato, grm. 3550 — V. S. A. — puerperio apiretico — esce il 16 marzo.

4. N. 40. — IIpara — parto a termine il 7 marzo — spontaneo — V. — femmina viva, grammi 3100 — apiressia costante — esce il 27 marzo.

5. N. 45. — parto spontaneo a termine il dì 11 marzo — V. O. I. S. A. maschio vivo, grm. 3000 — sempre apiressia — esce il 22 marzo.

6. N. 46. — Ipara — parto il 13 marzo — maschio vivo — spontaneo — V. — puerperio apiretico — esce il 2 aprile.

7. N. 49. — IIpara — parto a termine il 21 marzo — naturale — maschio vivo, grm. 3600 — V. S. A. — sempre apiretica — esce il 31 marzo.

8. N. 51. — IIIpara — parto a termine il 24 marzo — femmina viva, grm. 3600 — V. S. A. — apiretica sempre — esce il 31 marzo.

9. N. 52. — IIIpara — parto a termine il 27 marzo — maschio vivo, grm. 2800 — V. S. A. — apiressia costante — esce il 1° aprile.

10. N. 53. — IIIpara — parto il 3 aprile — maschio vivo, grammi 3700 — V. O. I. S. A. — puerperio apiretico — esce il 14 aprile.

11. N. 54. — Vpara — *idramnios-encefalocele* — femmina morta, grm. 1500 — apiressia — esce il 28 aprile.

12. N. 55. — VIpara — parto a termine il 20 aprile — maschio vivo — V. O. I. S. A. — grm. 3600 — sempre apiretica — esce il 3 maggio.

13. N. 58. — Ipara — parto spontaneo il 26 aprile — V. S. A. — femmina viva, grm. 3450 — perineo integro — lacerazione a lingua della parete vaginale posteriore non suturata — apiressia costante — esce il 13 maggio a cicatrizzazione quasi completa.

14. N. 59. — Ipara — parto spontaneo a termine il 29 aprile — femmina sana, pesante soltanto grm. 2100 — lesione estesa alla placenta — V. O. I. D. P. ridotta — incappucciamento del capo nel perineo lungo 13 cent. — lacerazione completa perineale laterale — *perineorafia* — puerperio con una sola elevazione a 37 gradi — guarigione per seconda intenzione — esce il 15 maggio.

15. N. 60. — Ipara — parto a termine — maschio vivo, grammi 3000 — V. S. A. — il 1° maggio — puerperio apiretico — esce il 15 maggio.

16. N. 61. — Ipara — parto a termine il 14 maggio — V. O. I. D. P. inerzia relativa per eccessivo sviluppo del feto e posizione occipito posteriore — *forcipe nello scavo* — rotazione artificiale — maschio

vivo, pesante grm. 4400 — episiotomia — superficiale lacerazione del perineo — la massima elevazione termica fu notata al mattino del 5° dì — 37,3.

In 11ª giornata si scorge *eritema limitato alle pieghe* inguino-genitali — esce il 31 maggio — si scorgono appena tracce della praticata episiotomia.

17. N. 62. — Vpara — parto spontaneo il 14 maggio — V. S. A. maschio vivo, grm. 3500 — apiressia — esce il 26 maggio.

18. N. 63. — Precedette un aborto (2 mesi circa) — parto il 15 maggio 1883 — V. S. A. — maschio vivo, grm. 2550 — puerperio apiretico — esce il 26 maggio.

19. N. 65. — IIpara — parto a termine il 20 maggio — V. D. A. maschio vivo, grm. 3300 — la temperatura toccò una sola volta il 37,2 (sera del 4° dì — alla sera del 6° il polso batteva 40 volte per minuto primo — R. 20, T. 36,8) — esce il 7 giugno.

20. N. 67. — Vpara — parto spontaneo il 25 maggio — femmina viva — V. S. A. — grm. 2850 — apiressia — 7 giugno.

21. N. 68. — IIpara — 26 maggio a termine — femmina viva, grm. 3400 — V. S. A. — apiretico — 4 giugno.

22. N. 69. — IVpara — 27 maggio — V. D. T. — femmina viva, grm. 2800 — apiressia — esce il 6 giugno.

23. N. 72. — Parto a termine il 31 maggio — V. S. A. — femmina viva, grm. 3470 — puerperio apiretico — esce il 10 giugno.

24. N. 73. — Vpara — parto il 15 giugno — maschio — V. S. A. grm. 3050 — puerperio apiretico — esce il 16 giugno.

25. N. 76. — Vpara — parto il 12 giugno — maschio vivo — V. S. A. — grm. 3100 — puerperio apiretico — 21 giugno.

26. N. 77. — IIIpara — parto gemellare il 15 giugno — infezione palustre grave — puerperio apiretico — 27 giugno.

27. N. 78. — Vpara — *albuminuria e cardiopatia — interruzione artificiale della gravidanza* alla metà del 9° mese — parto spontaneo il 15 giugno — maschio vivo, grm. 2590 — V. S. A. — puerperio apiretico — esce il 3 luglio.

28. N. 80. — Vpara — parto a termine il 24 giugno — la donna assicura che tutti i nati da lei e sempre a termine presentano poco sviluppo — maschio vivo, grm. 2510 — V. S. A. — esce il 2 luglio 1883.

29. N. 81. — Ipara — parto il 25 giugno — maschio vivo, grammi 3470 — V. S. A. — apiressia — 7 luglio.

30. N. 82. — Ipara — parto il 27 giugno a termine — femmina sana, grm. 3200 — V. S. A. — apiretico — 5 luglio.

31. N. 83. — IIpara — parto il 29 giugno a termine — maschio vivo, grm. 3650 — V. S. A. — apiretico — 16 luglio.

32. N. 84. — IIpara — parto il 30 giugno — *idramnios* — *procidenza del cordone* — *forcipe allo stretto superiore* — femmina viva, grm. 3230 — V. S. A. — apiressia — esce il 13 luglio.

2° Gruppo.

1. N. 35. — Parto il 4 marzo a termine — femmina viva, grammi 3450 — V. S. A. — primipara — *unica elevazione*, 38,3, *alla sera del* 4° *dì* — si alza in 8ª giornata — esce il 6 marzo.

2. N. 36. — Primipara — parto il 4 marzo — spontaneo — maschio vivo — V. D. A. — grm. 2850 — *alla sera del* 2° *e del* 4° *dì elevazione a* 38,1 — si alza in 10ª giornata — esce il 17 marzo.

3. N. 41. — Primipara — parto il 9 marzo a termine — maschio asfittico-rianimato — V. S. A. — grm. 3000 — *unica elevazione* 38,5, alla sera del 1° dì — esce sana il 1° aprile.

4. N. 42. — IVpara — a termine il 10 marzo — maschio — V. S. A. — grm. 3000 — *unica elevazione a* 38,4, la sera del 1° dì — esce il 27 marzo.

5. N. 43. — Ipara — a termine il 1° marzo — V. D. A. — maschio, grm. 3600 — *unica elevazione alla sera del* 4° *dì* (38,7) — esce sana il 24 marzo.

6. N. 44. — IIpara — a termine il 10 marzo — maschio vivo — V. S. A. — grm. 3250 — *unica elevazione alla sera del* 4° *dì* (38,6) — si alza in 10ª giornata — esce il 2 aprile.

7. N. 48. — Vpara — parto a termine il 17 marzo — V. S A. — femmina viva, grm. 3000 — *unica elevazione a* 38,2, *alla sera del* 1° *dì* — esce sana il 26 marzo.

8. N. 56. — IVpara — parto il 21 aprile — maschio vivo — V. O. I. D. P. ridotta — *unica elevazione a* 38,6, *alla sera del* 3° *dì* — esce il 3 maggio.

9. N. 70. — Ipara — parto a termine il 27 maggio — femmina viva, grm. 3500 — V. S. A. — *Due elevazioni alla sera del* 1° *e del* 4° *dì* — a 38,3 — esce sana il 10 giugno.

10. N. 74. — Ipara — *parto gemellare il* 5 *giugno*, *al principio del* 9° *mese* — estrazione manuale del 1° feto, parto spontaneo del 2° per il vertice — due placente distinte, con sacchi distinti — *unica elevazione a* 38,3, *alla sera del* 7° *dì* — esce il 17 giugno.

11. N. 79. — VIIIpara — parto il 20 giugno — entra in clinica

con acque colate da 3 dì e feto in presentazione di spalla sinistra dorso anteriore — *rivolgimento podalico* con manovre combinate interno-esterne — femmina asfittica non rianimata (grm. 1820) — *unica elevazione* a 38,4, la sera del 3° dì — esce il 30 giugno.

12. N. 37. — Ipara — parto il 4 marzo — femm. viva — V. S. A. — grm. 2600 — *unica elevazione* a 38,3 al mattino del 4° dì — si alza in 9ª giornata — esce il 17 marzo.

3° Gruppo.

1. N. 50. — Ipara — parto a termine il 23 marzo — *eclampsia* in travaglio (albuminuria) — presentazione della faccia — F. I. S. A. — forcipe allo stretto inferiore — feto vivo, grm. 3500 — puerperio piretico ne' primi 5 dì — elevazione massima 38, 8 — pervenuta in travaglio — esce guarita il 1° aprile.

2. N. 57. — Parto spontaneo a termine il 22 aprile — maschio vivo, grm. 3270 — V. D. A. — puerperio apiretico ne' primi 8 dì — alla sera del 9° dì T. 38,2, alla sera del 13° 39, del 16° e 17° 38,8, 38,3, data in cui si apre artificialmente un *voluminoso ascesso del cavo ascellare destro* — medicatura mercuriale — esce completamente guarita il 15 maggio.

3. N. 64. — Febbre palustre in puerperio.

4. N. 66. — Febbre palustre in puerperio.

4° Gruppo.

1. N. 47. — Ipara — rachitica — pelvi piatta — C. V. mill. 80 — vertice mobile allo stretto superiore — *rivolgimento-craniotomia sul capo ultimo* — estrazione laboriosa — lacerazione perineale — feto voluminoso, grm. 3750 — senza parte di cervello — (parto il 14 marzo) — *setticemia lieve* — dopo convalescenza in altro de' comparti dell'ospitale esce completamente guarita.

2. N. 71. — Parto il 27 maggio — *gravidanza gemellare* — febbre in travagiio — liberazione — accessi ripetuti di febbre in puerperio — la elevazione termica però cede all' uso di forti dosi di chinino — resta il dubbio fra una forma settica (flebite) ed una palustre — Esce il 30 giugno, ma avea già abbandonato il letto fino dal 15° dì di puerperio.

3. N. 75. — Parto il 6 giugno — rachitica — C. V. mill. 78 — *parto prematuro provocato* — *embriotomia complementare* brivido in

travaglio con elevazione a 41,2 — *irrigazione prolungata con soluzione al sublimato endouterina* dopo la liberazione — quattro irrigazioni vaginali col medesimo liquido ogni dì nei primi quattro giorni — *essudazioni micotiche sulle contusioni dei genitali esterni* — esce sana il 27 giugno.

Esposti i fatti, ora bisogna in modo brevissimo analizzarli: questo compito ci è reso facile dalla disposizione speciale usata nel sottoporre al lettore le 51 osservazioni. Esse furono divise in quattro gruppi: intorno al 1° ed al 3° basteranno pochissime parole.

Nel 1° gruppo stanno raccolte 32 osservazioni nelle quali il puerperio decorse costantemente apiretico, e riguardano

Primipare	8	32
Multipare	23	
Non segnate	1	

Riguardo al modo con cui si compiè il parto troviamo:

Spontaneo	29	32
Artificiale	3	

Dobbiamo però aggiungere un caso di perineorafia (osservazione 14ª). In tutti questi casi non s'ebbe che una volta a notare *eritema* alle pieghe inguino-genitali che va posto a carico del sublimato corrosivo, eritema però che subito scomparve coll'uso dell'amido polverizzato.

Nel 3° gruppo troviamo segnati quattro casi ne' quali il puerperio fu morboso, ma per cause non infettive puerperali: nel primo infatti incontriamo la *eclampsia*, nel 2° *ascesso ascellare*, nel 3° e nel 4° la *febbre palustre*; rigorosamente tali casi si debbano adunque eliminare.

Rimangono ora i gruppi 2° e 4° e di questi dobbiamo ora rendere ragione. Il 2° comprende dodici osservazioni nelle quali il puerperio si allontanò dalla norma, e chi ci fece avvertiti di questo fu l'uso costante del termometro: nella pratica civile, nelle maternità ed in quelle cliniche nelle quali di norma non si praticano osservazioni termometriche giornaliere, questi casi sarebbero stati considerati come *puerperi tipici*: noi rigorosi in ciò

pure considerandoli tali nell'effetto finale abbiamo voluto farne un gruppo a sè, e richiamare su questo l'attenzione del lettore. Sono dodici osservazioni e comprendono:

Primipare 6
Multipare 6

Il parto si espletò spontaneamento in 10, in due si intervenne con il *rivolgimento* (11°) e con la *estrazione manuale* (10°), ora la elevazione termica per la quale chiamammo se non morboso, almeno non affatto normale il puerperio, si notò in dieci un'unica volta e precisamente 3 volte nel 1° dì, 2 volte nel 3° giorno, 4 volte nel 4°, ed una volta nel 7°: queste dieci elevazioni furono così segnate: 38,3, 38,5, 38,4, 38,7, 38,6, 38,2, 38,6, 38,3, 38,4, 38,3, in guisa che gli accessi mai preceduti da freddo, furono e di breve durata e di ben poca importanza attesa la lieve elevazione raggiunta.

In due casi invece si notarono due elevazioni: nella osservazione 2ª alla sera del 2° e del 4° dì, nella 9ª alla sera del 1° e del 4° dì: ma anche qui le temperature non toccarono rispettivamente che 38,1, 38,3.

Riassumendo si può ammettere che negli effetti finali per la salute delle donne, ed in quelli economici della degenza e della terapia anche questi dodici casi possono considerarsi come appartenenti ai puerperi normali.

Siamo arrivati finalmente all'ultimo gruppo, il quarto che comprende tre casi: anche lasciando da parte il dubbio insorto a proposito della 2ª osservazione, e considerando il caso come forma settica puerperale, troviamo tre casi appartenenti a questa categoria: ma in tutti e tre i processi di setticemia furono assai lievi e si estrinsecarono con la febbre ed in un solo caso si notarono essudazioni micotiche ai genitali: e si pensi che in due casi fu necessario l'intervento armato, e la liberazione fu specialmente in uno difficile per lo stato delle parti molli (osservazione ultima) ed operata la donna durante un accesso febbrile con elevazione termica a 41,2.

Riassumendo perciò le nostre impressioni avute dall'impiego del sublimato corrosivo in soluzione nel campo puerperale diremo:

1.° Che non ci accorgemmo mai degli effetti tossici del medica-

mento, anche se usata la soluzione per lavature endouterine (gruppo 3º osservazione 3ª); una sola volta ci incontrammo in legger eritema mercuriale.

2.º Che la potenza antisettica del sublimato corrosivo alla dose 1/2000 risponde in modo sufficiente nella antisepsi puerperale.

3.º Che la detta soluzione può sostituire in modo completo quella abitualmente usata di acido fenico al 2 %.

4.º Che l'impiego della soluzione al sublimato torna molto più economico di fronte a quello della soluzione fenica, ed ha su questa il vantaggio di esser priva di odore qualsiasi, cosa che può avere un certo valore nell'esercizio privato (1).

VI.

Un caso di albuminuria in donna gravida con vizio cardiaco. Ricerche sulla frequenza della albuminuria durante il parto.

Albuminuria, cardiopatia e gravidanza: ecco tre parole che richiamano alla mente tre fatti i cui scambievoli rapporti di causa ad effetto furono argomento di dotti lavori, e condussero ad una terapia che spesso dà insperati trionfi perchè fondata sul momento causale. Io credo che il caso che sto per narrare possa essere considerato un tipo nel genere, e possa servire di esempio a quel pratico che di fronte a consimili circostanze esitasse alquanto sul da farsi.

N. 78 del 1883. — Il 14 giugno, verso le 2 pom., ci è condotta in clinica la gravida che forma argomento della presente storia. Dalle notizie raccolte parte al nostro primo esame, parte più tardi quando migliorato lo stato suo, imparammo che aveva 34 anni,

---

(1) La questione degli *asettici* e degli *antisettici* e della scelta del migliore agente trovò un valido esperimentatore nel Prof. Bottini di Pavia, che partecipò il risultato de' suoi studi ed esperimenti al Congresso della Società Italiana di Chirurgia tenuto in Roma nell'aprile 1883. — Attendiamo la pubblicazione del lavoro per avere quei particolari indispensabili in argomento di tanta importanza.

contadina, che erano precedute alla attuale cinque gravidanze, quattro portate normalmente a termine, la quinta, gemellare, interrottasi spontaneamente nel terzo mese. Nota però la donna che da un certo tempo prima dell'inizio di quest'ultima gravidanza, il suo respiro s'era fatto alquanto più stentato, e spesso opprimevala un molesto battere del cuore; specialmente tali disturbi erano poi avvertiti se obbligata a lavori faticosi: tali asserzioni venivano riconosciute per vere anche dal marito. Nulla ci sa precisare intorno all'età della gravidanza per cui venne a noi, non sapendo nè la data dell'ultima mestruazione, nè quella dei primi moti attivi: sa solo dire che si crede non molto lontano dal termine della gravidanza.

Non ebbe a notare speciali disturbi durante il decorso della gravidanza, nè gli accennati incomodi da parte del circolo e del respiro si accentuarono in modo considerevole fino a circa 15 giorni prima del suo ricovero in clinica: a quell'epoca la donna divenne fortemente dispnoica al punto di dover rifuggire dalla posizione orizzontale per assumere quella semi-eretta; dalla medesima epoca datano gli ingrossamenti notati agli arti inferiori, alla parete addominale ed alla regione del dorso.

Al nostro esame la riscontrammo semi-eretta sul letto da parto con le braccia stese sulle coscie e le mani sulle ginocchia: ciò che colpisce subito è la frequenza del respiro che si ripete in modo regolare 40 volte per minuto primo: come secondo fatto richiama l'attenzione la intensa cianosi di tutta la faccia, ma specialmente della mucosa boccale.

Fanno strano contrasto con ciò la qualità e la frequenza del polso e lo stato dei vasi venosi del collo; il polso alla radiale batte 104 volte per minuto primo, è abbastanza ampio e non presenta alcuna intermittenza: l'esame del collo non mostra dilatazione alcuna del sistema venoso che dal capo è incaricato di scaricare il sangue refluo dalla nutrizione.

L'esame plessimetrico e stetoscopico degli organi toracici ci permise di rilevare quanto segue: area cardiaca aumentata in ambedue i sensi: la palpazione fatta sull'area lascia percepire un fremito dolce: la ascoltazione un forte rumore di soffio pre e sistolico alla punta, molto più diffondentesi alla regione ascellare sinistra, di quello che non faccia verso la regione anteriore del torace: la risonanza è buona in tutta la estensione dei due cavi pleurici, e la ascoltazione non offre che i segni di un modico catarro dei grossi bronchi.

Alle pareti addominali anteriore e posteriore, agli arti inferiori cospicua infiltrazione sierosa: colpisce il senso di durezza offerto dai tessuti infiltrati. Nel cavo addominale si riconosce l'utero antiverso sviluppato come in una gravidanza arrivata al principio del nono mese: in tutti i quadranti inferiori si riscontra il soffio uterino, ma non si può nettamente percepire il battito cardiaco fetale. I genitali esterni, la vagina, il collo sottovaginale offrono i segni della multipara; il collo però è portato assai all'indietro ed in alto, e qualora si corregga la antiversione, riesce centrale, molle, piuttosto corto; il canale cervicale è tutto permeabile al dito che arriva sulle membrane ed attraverso questo sente il vertice fetale assai mobile.

La poca urina che si potè avere allora con la siringatura era limpida, di colore rosso carico e trattata con il calore e l'acido nitrico dava *un quasi totale coagulo albuminoso.*

14 giugno, 4 pom. — *Introduzione di siringa elastica* fra parete uterina e membrane: penetra tutta senza ledere le membrane e senza provocare uscita di sangue.

Id. 7,30 pom. — Eguale stato. T. 37,8. P. 104. R. 40; sempre seduta sul letto e fortemente cianotica. Avverte di tanto in tanto qualche contrazione uterina.

15 giugno, 9 ant. — Nelle stesse condizioni di ieri sera. P. 100 abbastanza ampio, regolare, nessuna intermittenza. R. 40. T. 37. Siringa in sede; collo non ancora scomparso dilatabile fino a dar passaggio a due dita.

Id. 12 ant. *Rottura artificiale delle membrane.* Cola liquido limpido *in abbondanza.* Da questo momento le contrazioni si notano vicine ed abbastanza gagliarde in guisa che alle

Id. 3,15 pom. viene espulso un maschio vivo pesante gr. 2590. Il periodo espulsivo avea durato 45 m'.

Id. 3,50 pom. — Secondamento favorito dalla spremitura. Placenta assai voluminosa con diametri massimo e minimo misurante ctm. 22 e 17. Il cordone si inserisce in corrispondenza del margine: alla superficie fetale si scorge una placca fibrinosa paragonabile in volume ad una nocciuola. Gli annessi pesano complessivamente grm. 600.

Id. 7,30 pom. — Lo stato della donna si è fatto più grave, frequenti colpi di tosse, senza escreato. P. 100 piuttosto piccolo. T. 37,7. R. sempre a 40 per m'. Utero bene contratto (dopo il parto furono amministrati 2 grm. di segale).

L'urina raccolta durante il parto presenta: PS 1035. R. acida forte; è torbidiccia rossastra scura: l'*albumina è in tanta copia* che il coagulo può considerarsi totale.

16. Giugno. — La notte non fu dormita; i lochi piuttosto abbondanti e con coaguli; l'utero un po' dolente arriva a cinque dita trasverse dal margine superiore della sinfisi del pube. Nella notte si ebbero parecchie scariche diarroiche; il polso è più piccolo ma non intermittente: i rumori al cuore sono diminuiti nell'intensità, eguali nella qualità; più accentuati i segni di catarro bronchiale; di molto diminuito l'edema agli arti inferiori, ma comparso invece agli arti superiori (dorso della mano). Nella notte furono praticate due iniezioni ipodermiche di etere solforico.

9 ant.	T. 37,6	P. 100	R. 26
12 m.	T. 37	P. 120	R. —
4 pom.	T. 37,2	P. 132	R. 32

Terapia. — Vino Marsala con tintura muschio. — Consuete irrigazioni vaginali.

Ecco il reperto offerto dal sedimento urinoso avuto dalla urina del giorno 15:

Sedimento abbondante, rossastro polverulento. Al microscopio: molti granuli di urato di ammoniaca; cristalli di ossalato di calce e di fosfato amnonio magnesiano; cellule embrionali in discreta copia e bene conservate: *cilindri jalini,* con abbondanti granulazioni albuminoidi; altri corti e grossi interamente coperti da granulazioni albuminoidi: cilindri jalini; cilindroidi; molti infusori.

Nelle 24 ore, dalla sera del 15 alla sera del 16 giugno, si raccolsero grm. 100 di urina di colore rosso scuro ma limpida acida PS. 1018; albumina ancora abbondante, ma però il coagulo ridotto a circa 3/4 della colonna liquida.

17 giugno. — Notte in buona parte dormita; sempre alvo diarroico; polso piccolo ma affatto regolare; utero e lochi come di norma; il catarro bronchiale é un po' in aumento; nelle stesse condizioni il cuore.

9 ant.	T. 37,3	P. 124	R. 28
4 pom.	T. 36,8	P. 124	R. 20

Terapia. — Vino Marsala con tintura di muschio.

Nelle 24 ore, dalla sera del 16 alla sera del 17, si raccolgono grm. 260 di urina, quella del mattino presenta. R. A. PS. 1023, colore giallo-chiaro; non sedimento; albumina in diminuzione — quella della sera: acida forte PS. 1020 di un colore citrino chiaro; senza sedimento; l'albumina è ridotta ad $^1/_3$ della quantità riscontrata il dì 15.

18 giugno. — Tosse continua; difficile l'escreato; segni di catarro diffuso; bene in tutto il resto; scariche diarroiche meno abbondanti.

9 ant.	T. 36,7	P. 102	R. 24
4 pom.	T. 37,6	P. 84	R. 24

Terapia. — Infuso di ipecquana, vino Marsala.

L'urina acida, limpida, *non contiene più albumina.*

19 giugno. — Miglioramento progressivo anche da parte del catarro bronchiale; edema limitato alle sole pareti addominali; non albumina nelle urine.

Mattina	T. 37	P. 112	R. 24
Sera	T. 37,6	P. 80	R. 24

20 giugno. — Secrezione lattea avviata; bene in tutto il resto; lochi misti; urina limpida, acida, abbondante; PS. 1010 non si riscontra albumina.

Mattina	T. 37	P. 86	R. 24
Sera	T. 37,7	P. 96	R. 18.

21 giugno. — Notte completamente dormita; euforia appetito. Ecco il reperto che dà oggi il cuore: pulsa nel sesto spazio linea ascellare anteriore; aumentata l'area alla percussione in ambedue i diametri; si percepisce fremito alla palpazione e rumore aspro lungo preesistolico alla punta molto più diffondentesi alla regione ascellare.

Ai polmoni, ronchi diffusi, ma in forte diminuzione; fegato sorpassante l'arcata costale per circa tre dita, milza anche ingrandita ma non palpabile attraverso le pareti addominali. — Apiressia.

Il miglioramento è talmente rapido che il giorno 26, in 11ª

giornata di puerperio, abbandonava il letto; il 3 luglio viene sopra sue vivissime istanze dimessa.

Il bambino fu consegnato al padre in ottime condizioni nel giorno ottavo dalla nascita.

Abbiamo riportato la osservazione tanto per disteso che ci crediamo ora dispensati dal soffermarci a fare considerazione qualsiasi; prendendo invece punto di partenza da un fatto pure osservato nella ricoverata albuminurica, l'aumento cioè della albumina durante il parto, passiamo a parlare *della albuminuria durante il parto*, e ad esporre in proposito i risultati di alcune nostre ricerche praticate in questo anno.

Queste furono fatte sopra il numero totale di 63 gravide e di queste al momento del parto tre erano già albuminuriche e 60 non lo erano: le tre prime videro tutte indistintamente aggravata la albuminuria durante il parto; delle 60 non albuminuriche ben 21 lo divennero o durante il travaglio o ne' primi giorni del puerperio. Prima di passare alla esposizione più minuta dei fatti parmi necessario il vedere in qual modo il travaglio di parto possa determinare la albuminuria.

Al momento del parto le condizioni generali della donna e quelle speciali della circolazione renale, possono essere ritenute come molto efficaci per la determinazione della albuminuria: troviamo da una parte una alterata composizione sanguigna, dall'altra uno stato congestizio dei reni, attivo per pochi, passivo per la maggior parte degli osservatori.

Ora se facciamo attenzione al momento del parto troviamo che per dato e fatto della contrazione dell'utero, fenomeno certamente il più importante durante il parto, ne avviene ostacolo nel circolo uterino e consecutivamente impedito afflusso di sangue al viscere, facilitato deflusso del sangue venoso; come risultato finale si ottiene:

aumento di pressione nel sistema arterioso;

aumento di pressione anche in quello venoso per il sangue che viene violentemente cacciato dai numerosi ed ampi ricettacoli venosi dell'utero.

Si aggiunga a ciò che lo squilibrio circolatorio renale può ancora trovare una causa nella compressione fatta dall'intero viscere sopra la vena cara inferiore, o sopra una od ambedue le vene

emulgenti, ed un'altra nel fatto che l'utero gravido e specialmente in travaglio può comprimere la vescica o gli ureteri e agire in conseguenza sfavorevolmente sulla funzione renale impedendo il deflusso della già secreta urina. Che se poi si tiene presente alla memoria quel rapporto funzionale che il Peter ammette fra la circolazione uterina e quella renale, si può anche accogliere l'idea che la brusca e cospicua limitazione del circolo uterino, porti in conseguenza una alterazione anche in quello renale.

Nè basta ancora: un'ultima causa che può alterare i rapporti circolatori renali può essere ricercata negli sforzi a cui si abbandona la donna durante il parto, sforzi che portano tutti al risultato finale, congestione degli organi interni.

Ciò ricordato credo conveniente il riassumere il risultato delle osservazioni nel seguente quadretto nel quale si trovano segnati tutti i dati più importanti; esso risulta diviso in due gruppi: nel primo si vedono 21 osservazioni di gravide che non essendo albuminuriche durante la gravidanza lo divennero o durante il parto o durante il puerperio: nel secondo, con tre sole osservazioni, si tratta di albuminuriche che videro aggravata la loro condizione morbosa dal parto.

Dall'esame deduciamo: che di 60 gravide osservate, 21 divennero albuminuriche: l'albuminuria adunque ne' nostri casi si presentò nella proporzione del 35 per cento: questo rapporto sarebbe alquanto inferiore a quello segnato da alcuni osservatori e superiore a quello di altri. Così Möricke sopra 100 puerpere trovò albuminoria 37 volte, e Litzmann nelle partorienti o puerpere di fresca data la notò nella proporzione del 40,78 per cento. Il Petit nelle partorienti trovò l'albuminuria nella proporzione di $^1/_4$,8 e nelle puerpere nella proporzione di $^1/_4$, il Blot l'avrebbe segnata 1 volta ogni 5 parti (20 %). La nostra media si avvicina in conseguenza molto più alle cifre di Möricke e Litzmann che non a quelle degli osservatori francesi citati.

Nelle 21 gravide divenute albuminuriche riscontriamo:

Ipare	10
IIpare	5
IIIpare	2
IVpare	1
Vpare	3
	—
	21

PRIM

Numero della ricoverata	Numero delle gravidanze	Stato dell'urina durante la gravidanza	Reperto dell'urina nel parto	Esame dell'urina nel puerp
29 1883	1ª	Non albumina	lievemente	nulla
30 »	1ª	»	ac. 1030 discr. alb.	albuminosa nel 1°
34 »	1ª	»	nubecola	anche nel 1°
36 »	1ª	»	lievemente	non albumina
37 »	2ª	»	ac. 1053 nubecola	tracce nel 1° e 2°
40 »	2ª	»	tracce	tracce nel 1° e 2°
41 »	1ª	»	—	discreta copia nel
42 »	4ª	»	tracce	—
44 »	2ª	»	1018 acida tracce nubecola	1017 acida molta r discr. nel 2° tr. r
45 »	5ª	»	1017 acida tracce	—
46 »	1ª	»	nel 1° e 2° 1014 tracce	traccia nel 1° e 2°
47 »	1ª	»	—	tracce nel 1°, 2°, 7°
48 »	5ª	»	pochissima	tracce dal 1° fino
51 »	3ª	»	tracce	—
58 »	1ª	»	piccola quantità	lieve 1° e 2°
59 »	1ª	»	nubecola	—
64 »	1ª	»	—	discreta 1° e 2°
68 »	2ª	»	—	tracce nel 1°
73 »	5ª	»	tracce	—
77 »	3ª	1007 acida non alb.	—	acida 1021 nubecol
83 »	2ª	Non albumina	tracce	non albumina

SECON

31 »	2ª	acida 1024 abbondante	coag. quasi totale	ancora copiosa al 9
43 »	1ª	1021 tracce	tracce	disc. nel 2°, tr. ne
78 »	6ª	abbondantissima	aumento forte	1° e 2° in diminu

RUPPO

rno lla parsa	Durata del parto		Peso e sesso del feto		Osservazioni
	1° periodo	2° periodo			
o	12 30	1 10	2680	F.	—
o	7 —	1 —	2540	F.	—
o	11 —	1 —	2740	F.	—
o	43 30	0 45	2850	M.	—
o	8 15	0 15	2600	F.	—
o	4 45	0 15	3100	F.	—
°	10 45	1 15	3000	M.	—
o	16 45	0 45	5000	M.	—
°	4 30	0 30	3250	M.	—
°	4 40	0 20	3000	M.	—
°	9 15	1 —	2420	M.	—
°	Embriotomia		3730	M.	stenosi pelvica
°	5 59	0 10	3000	F.	—
°	10 —	0 30	3600	F.	—
°	14 30	2 30	3450	F.	—
°	5 —	2 15	2100	F.	—
°	15 —	2 —	3100	M.	oligoemia
°	6 —	0 50	3400	F.	—
°	5 15	0 15	3050	M.	—
del 1°	4 —	2 45	gemellare		—
°	9 15	0 45	3650	M.	—

RUPPO

1° (dì di simant.	9 —	0 35	2440	F.	prematuro spontaneo
4°	10 —	1 30	3600	M.	—
3°	15 —	0 45	2590	M.	cardiopatica (V. osservazione)

dimostrando in conseguenza il nostro quadro che poca importanza avrebbe avuto la primiparità, e ciò in contraddizione con i risultati ottenuti dal Cassin che sòpra 447 casi avrebbe trovato

197 primipare . . . . 67 = 34 %
250 pluripare . . . . 42 = 16 %

La piccolezza però delle nostre cifre ci impone di non trarre conclusione alcuna in proposito.

Riguardo poi al modo di comparsa della albuminuria troviamo che in 16 donne essa comparve già durante il parto, ed in 5 l'esame dell'urina fu negativo durante il parto, ma mostrò l'albumina invece nel puerperio.

Finalmente riguardo all'epoca della scomparsa dell'albumina troviamo, che:

9	volte scomparve al	1°	giorno di puerperio
4	»	2°	»
5	»	3°	»
1	»	5°	»
1	»	7°	»
1	»	9°	»
21			

Il lettore potrà poi, qualora gliene garbi ritrarre dal quadro altri rapporti fra albuminuria e sesso e sviluppo pel feto, e specialmente durata del parto.

Il nostro studio è tutt'altro che completo: esso non è che l'espressione del desiderio di uno studio che dovrebbe comprendere un numero molto maggiore di fatti, ed esser completato dall'esame microscopico dei sedimenti urinosi seguendo in ciò gli studi fatti dal Möricke.

DI SEI OVARIOTOMIE

(7.ª 8.ª 9.ª 10.ª 11.ª 12.ª)

PEL DOTT. GIOVANNI COSENTINO

Insegnante pareggiato di ostetricia nella R. Università, Ostetrico e Ginecologo dell'Ospedale Civico in Palermo.

Non uso a fare, come vorrebbe la moda, un ragionamento epicritico intorno a fatti clinici semplicissimi, nè a scrivere opuscoli di molte pagine per istorie, che niente offrono da interessare il lettore, mi terrò nella presente pubblicazione, come in altre simili, alla più breve possibile narrazione del caso, senza lasciare passare sotto silenzio quei punti che crederò degni di attirare l'attenzione dei pratici.

Le storie cliniche, che scrivo, non sono insomma destinate ad essere distribuite poi alle famiglie dei profani per una *réclame mercantile;* sono spoglie perciò di quelle frasi poetiche, di quelle parole entusiaste o commoventi disadatte agli scritti serii di chi si occupa di cose mediche. Dei casi, che qui presento, qualcuno solamente attirerà la mia particolare attenzione, sia per la sede del processo morboso, sia per le speciali difficoltà dell'atto operativo. Il sistema tenuto in queste sei ultime operazioni è stato il medesimo che nelle prime. Godendo ancora, grazie al buon volere e all'indulgenza dei signori amministratori dell'Ospedale Civico, del beneficio di una casetta di salute fuori le mura della città, facendo sacrificio del mio tempo, eseguo le ovariotomie fuori l'ambiente ospedaliero.

Da ciò si vede, che io annetto un'importanza massima alla scelta del luogo dove operare; al locale in cui si possano ben controllare le persone e le suppelletili, onde tenere lontano con maggior sicurezza il materiale infettante dalle operande; una condizione che per me costituisce la base a poter rispettare rigorosamente le minuziose regole della più severa asepsi.

E chieggo venia al lettore se accenno al modo mio di operare.

Premetto, che per luogo destinato alle ovariotomie si è sempre scelta una casetta fuori le mura di Palermo, possibilmente in mezzo o in vicinanza di un giardino, bene areata, con diverse esposizioni, una delle quali a mezzodì, di recente fabbricata o almeno da qualche tempo non abitata da infermi. Se la casa non era nuova ed era stata abitata da gente povera, veniva chiusa ermeticamente e disinfettata con una corrente di cloro, anche nello scopo di distruggere, mediante la suffumigazione, gli insetti.

La operanda passa dall'ospedale o dalla propria casa in questo locale una settimana prima dell'operazione insieme ad una inserviente, la quale non avrà più contatto colle inferme dell'ospedale. Tutti gli oggetti necessarii sono nuovi o ripuliti, gli strumenti di recente ripuliti giacciono per più ore prima dell'operazione in una soluzione al 5 per % di acqua fenata; le spugne comperate nuove, nettate e bollite, son tenute per 24 ore nell'acqua fenata.

All'operazione, oltre all'addetto alla cloroformizzazione, vengono impiegati altri tre assistenti, e solamente l'operatore ed uno di questi stanno in contatto con la operanda. Dei rimanenti, uno ai lati dell'operatore porge gli strumenti, un altro le spugne, un altro cura a mescolare le soluzioni fenate. Gli astanti ricevono la preghiera di non toccare alcun oggetto che potrebbe servire all'operatore, e malgrado le istanze di molti giovani studenti o da poco laureati, per essere invitati ad intervenire ad una operazione, che per loro, grazie al grado di educazione ostetrica finora ricevuta in Palermo, è completamente nuova, gli spettatori non sono stati mai numerosi.

L'operazione viene eseguita nelle ore antim. alle 7 o alle 8 prima di metterci in contatto con altri ammalati; ed io e, diciamo così, il coadiutore, indossiamo abiti nuovi. Almeno un'ora avanti di incominciare l'operazione ha funzionato lo spray a vapore, essendo stata l'operanda ripulita ed avendo cambiato di vesti in un'atmosfera pura.

Le operate a questo modo non ebbero mai febbre e la temperatura del corpo si accese in quelle, nelle quali per circostanze particolari non fu tradotto in atto il rigorismo delle prescrizioni antisettiche. Scorso il primo o i due primi giorni di vomito e di sete ardente quasi costante, cessati i dolori, che in talune mancarono completamente, cominciava l'appetito, e la paziente si ri-

teneva come sana a letto, nè bisogno aveva di un riguardo speciale. I buoni brodi con tuorli d'uova, il latte ed un quintino di Marsala con qualche biscotto costituiscono la dieta della prima settimana.

La medicatura resta in sito 5 o 6 giorni, e viene tolta con le dovute precauzioni. La ferita si trova quasi sempre riunita per prima intenzione, e negli ultimi casi restai in vero sorpreso dell'assenza della minima traccia di pus, anche nei punti di passaggio degli aghi: un successo di guarigione, che da eccezionale è divenuto ordinario, grazie al metodo antisettico rigorosamente osservato.

L'esito in morte, che deplorai in seguito a particolare e imprevedibile accidente, avvenne quando la guarigione pareva certa.

Una circostanza degna di nota mi sembra l'elevazione di temperatura (38,5 39,5) della durata di alcuni giorni, che mi fu dato osservare in alcune operate nel modo descritto. Non prova forse questo fatto che ogni diligenza per rimuovere il materiale infettivo non sia mai abbastanza sufficiente per impedire che questo trovi il suo accesso nella cavità addominale? Non si prova con ciò forse, che qualunque siano i mezzi impiegati per ottenere una completa disinfezione in un ospedale ricco di elementi infettanti, non si può mai andare con l'animo tranquillo a spaccare il ventre di una donna?

Difatti i risultati ottenuti da me e da coloro che si sono messi ad operare nelle mie stesse condizioni, sono assai più favorevoli di quelli avuti da altri colleghi, che hanno operato negli ospedali, anche circondandosi delle più rigorose precauzioni antisettiche. Volendo pertanto dare un giudizio esatto sul risultato delle dodici ovariotomie da me eseguite in condizioni igieniche, che credo le più favorevoli al loro buon esito, non dovrei togliere che un solo caso, l'ultimo, seguito da morte; giacchè l'operata (caso 16) (1) morta di febbre infettiva, sopraggiunta nella convalescenza, potrebbe considerarsi come guarita dall'operazione.

Ma per essere rigorosi al massimo grado, non volendo autorizzarmi a considerare questa fra le operazioni decorse favorevolmente, la tolgo addirittura dall'insieme dei casi, che restano undici, dei quali dieci seguiti da rapidissima guarigione; il che

---

(1) Vedi la statistica che segue.

darebbe il 90 % di esiti felici. Mi piace poi far rilevare che nell'ultima operata la morte fu prodotta dall'emorragia dei vasi del peduncolo e che la guarigione in tutte le altre seguì rapidamente anche nei casi gravi e complicati, come risulta dai diarii clinici.

La ragione di questi risultati straordinariamente favorevoli dobbiamo in gran parte riferirla alle condizioni esterne, nelle quali mi sono messo ad operare, persuaso come sono che la principale causa di morte, se non la esclusiva, sia l'infezione; importanza minima avendo la difficoltà del caso e la scelta del processo operativo.

Paragonando ora questi risultati con quelli ottenuti negli ospedali e nelle case private troveremo delle notevoli e sorprendenti differenze.

Facciamo tesoro della statistica di Spencer-Wells (*Diseases of the ovaries*, p. 322.

1ª *Centuria.*

	Guarite	Morte	Mortalità %
Ospedale 54	38	16	29.6
Case private 46	28	18	39.1

2.ª *Centuria.*

Ospedale 39	27	12	30.77
Case private 61	45	16	26.23

3.ª *Centuria.*

Ospedale 52	41	11	21.15
Case private 48	36	12	25

4.ª *Centuria.*

Ospedale 44	30	14	31.84
Case private 56	48	8	14.28

5.ª *Centuria.*

Ospedale 51	39	12	21.05
Case private 49	41	8	16.32

		Guarite	Morte	Mortalità
Totale dei casi dell'ospedale	240	176	64	26.66
» delle case private...	260	197	63	24.23
	500	373	127	35.04

In questa statistica sono stati messi in confronto i risultati delle ovariotomie eseguite nella pratica privata con quelli di un piccolo ospedale destinato alle laparotomie. Come si vede i risultati sono pressochè i medesimi, il che dimostra che nella piccola località, dove lavora l'illustre ovariotomista inglese, possono attuarsi tutte le precauzioni di una perfetta igiene, e meglio ancora di una casa privata, in cui un rigoroso controllo sulla nettezza degli utensili non è sempre possibile.

Non così favorevolmente parla la statistica degli ospedali destinati ad ogni classe di malattie. Ed anche qui troviamo una notevole differenza, secondo che si tratti di un grande o di un piccolo ospedale.

Riferisco in proposito una statistica riferita dal Beigel

Mortalità fino al 1866.

	N. dei casi	Guarite	Morte	Mortalità %
In cinque grandi ospedali.....	39	9	30	76,32
Nel Guy ospital .	44	23	21	47.73
Samaritan hospital (piccolo ospedale destinato alle laparotomie).....	106	76	30	28.30

Resta con questi dati di fatto chiaramente comprovato, che la mortalità nei grandi ospedali è molto più alta che nei piccoli, e gli ultimi splendidi risultati di Keith (Edimburgo), il quale opera in una piccola località, come il Sammaritano (Londra) ne sono le migliori comprove.

Non intendo con ciò proporre ai benevoli signori amministratori del nostro Ospedale la costruzione di una casa speciale per

le laparotomie, ma non sono alieno dal raccomandar loro di continuare a metterci, per questo genere di cose, in condizioni di avere a disposizione almeno un ambiente puro. Si sa che le stanze isolate, bene areate e bene esposte, annesse ad un ospedale sono certamente da preferirsi, perchè astrazione facendo dall' abilità dell' operatore e del personale di servizio addetto, l' ospedale fornisce all' ammalata migliori vantaggi della casa privata.

Dopo quanto ho esposto nessuno vorrà più certamente fare le grosse meraviglie se io, chirurgo in un vecchio e mal costruito ospedale, dove mancano delle stanze completamente separate dai grandi corridoi affollati da infermi affetti da malattie acute e croniche, e dove non è assolutamente possibile, qualunque sia la spesa all'uopo impiegata, una seria disinfezione, abbia fatto le più calde istanze per una casetta di salute annessa all'ospedale e destinata alle laparotomie. Frattanto siccome nelle cose umane tutto è compenso, così noi del dispendio, delle fatiche e dei sacrifizii impiegati abbiamo avuto nei risultati il nostro compenso, di quei risultati che pochi anni addietro formavano l'aspirazione del grande ovariotomista, lo Spencer Wells, di portare cioè nelle ovariotomie la mortalità al 10 per cento.

Questo è stato e non altro lo scopo che mi ha animato ad affrontare gli ostacoli che erano inerenti, nelle condizioni in cui io mi trovo, alla rimozione di tutte le cause di mortalità; così non troverà più terreno fertile l'accusa che mi si è mossa di aver gravato l'ospedale ed il comune di non lieve spesa *per una semplice incisione addominale onde estrarre la cisti;* quella semplice incisione, che del resto, a quanto pare, costituì lo spavento dei *vecchi ostetrici.*

Questo linguaggio proprio in un profano a questo genere di cose, la credenza cioè che l' ovariotomia non consista che nella (non sempre) facile manualità della estrazione della cisti, condusse a quei grandi insuccessi che portarono poi lo spavento e lo scoraggiamento. Una diversa idea ne hanno invece coloro che sovente trovarono come causa di morte la trascuranza di un precetto ritenuto di poca importanza; coloro che conoscono con quanta facilità e rapidità muoiono le ovariotomizzate, coloro che apprezzano l'importanza di tutti i precetti numerosi e rigorosi per la buona riuscita di quest'atto operativo, semplice in apparenza, ma che occuperà sempre il rango delle grandi operazioni.

Provveduto al luogo dell'operazione, ho fatto precedere all'ova-

riotomia la punzione esplorativa o preventiva della ciste, sia come mezzo preparatorio, sia per rischiarare la diagnosi, evitando in tal modo di *estirpare a metà grossi fibromi interstiziali dell'utero invece di cisti ovariche*, ed ho sempre cloroformizzata l'inferma.

Dico che l'ho sempre anestesizzata perchè non avrei potuto concepire un'ovariotomia senza cloroformio, la quale darebbe l'aria di essere ritornati alla medicina crudelis del medio evo.

Spaccare il ventre di una donna viva, per arrivare al sacco cistico, liberarlo da possibili estese aderenze, con manovre dolorose, ripetute e prolungate, fra le grida e i convellimenti della paziente, colla fuoriuscita necessaria e pericolosa alla massa intestinale, sarebbe uno spettacolo crudele degno dei tempi dei tornei. Ma che dico, andare a questa idea in un epoca nella quale il sistema nervoso delle nostre belle damine è divenuto così squisitamente sensibile, che se percotete un cane od un asino, non cloroformizzato, vi denunziano subito alla società protettrice degli animali, se fate un esperimento fisiologico proclamano colla più calda energia l'abolizione della vivisezione (1) *quest'immensurabile delitto, pelago sfondato di scelleratezze.*

Oh Maurina Cotti-Caccia Malinverni, campione dei diritti delle società dei bruti, che diresti tu, se affetta da cisti delle ovaia, sia delle più semplici, ad un chirurgo che volesse aprirti il ventre senza l'agente benefico del sonno anestetico? gli risponderesti forse, anche non generata sotto il sole cocente del sud, come una svelta bruna sicana, o lo racconteresti a S. E. il Ministro di Pubblica Istruzione?

Quando il chirurgo si trova nella fortunata occasione d'incontrare una cisti piccola, libera di aderenze, essendo allora la manovra operativa ridotta alla sua massima semplicità, nel caso in cui l'operanda non risentisse l'azione dell'anestetico, può praticare l'incisione della parete addominale coll'aiuto del semplice raffreddamento cutaneo.

In due fra le 14 laparotomie da me eseguite, feci il taglio delle pareti addominali essendo ancora desta l'inferma, nonostante che si fossero consumati più di 50 grammi di cloroformio, e questa circostanza mi sembrò così trascurabile, che non la credetti mai degna di presentarla, pubblicandola come cosa importante.

---

(1) *L'abolizione della vivisezione.* Lettera di Maurina Cotti-Caccia Malinverni a Guido Baccelli Ministro di P. Istruzione.

Ma in generale nelle ovariotomie, dove non è facile prevedere le difficoltà dell'atto operativo, si può fare a meno del grande ritrovato dell'anestesia, che rese possibile quelle operazioni ritenute un tempo una temerità chirurgica, di un mezzo che tanto contribuì ai grandi progressi della chirurgia moderna?

Risponderò col Beverdin (1) « Le cloroforme en supprimant la douleur, a rendu un immense service à l'ovariotomie. »

Quanto al trattamento del peduncolo ho creduto più importante seguire il metodo della legatura in più porzioni e dei singoli vasi separatamente, abbandonando il moncone nella cavità addominale, che ho avuto cura di chiudere il più completamente possibile. S'impedisce così più sicuramente ogni comunicazione tra l'esterno e la cavità peritoneale, e si rende più facile l'esecuzione del metodo Lister. Benchè questa pratica sia stata da molti caldamente combattuta, io posso felicitarmi di averci ricorso, stantechè ad eccezione di un caso (2) non mi ha condotto al minimo accidente. Si può da questa particolarità arguire, che non ho finora condiviso l'entusiasmo pel drenaggio profilattico introdotto dal Sims ed accettato con vivo plauso da molti ovariotomisti, come mezzo di scongiurare l'infezione.

Che l'infezione possa essere prevenuta per il metodo antisettico lo prova la statistica delle ovariotomie eseguite in tal modo. Anche teoricamente può ammettersi, che il drenaggio in molti casi nuoccia più di quel che non giovi, giacchè esso permette all'aria e quindi ai germi infettanti l'accesso nella cavità addominale, e se le raccolte liquide non vengono subito portate fuori dal drenaggio, si alterano, si decompongono e formano essudati marciosi, che difficilmente potrebbero trovare una via d'uscita, per la tendenza che hanno ad incapsularsi ad onta del drenaggio.

L'incapsularsi dell'essudato dimostra intanto che nei singoli casi il drenaggio non fa ciò che da esso si speri, mentre al contrario, se si formano essudati dopo le ovariotomie antisettiche, come avvenne in uno dei miei casi, decorrono senza febbre. non sono marciosi ed assumono un andamento favorevolmente rapido.

---

(1) *Du traitement du pédicule dans l'ovariotomie.* Genève, 1874.

(2) Vedi Cosentino: *Una seconda ovariotomia in Palermo*, 1881.

Per la proprietà che possiede la cavità peritoneale d'assorbire cioè facilmente i liquidi, non tralasciando però di ottenere la più rigorosa disinfezione dell'ambiente esterno, non ho mai fatto la toilette del peritoneo così accurata, come si prescrive, fino a rimuovere le ultime traccie del liquido cistico. Posso anzi aggiungere, che per evitare qualunque maltrattamento dell'intestino nei casi più semplici mi sono limitato a collocare tra queste e le pareti addominali, una larga spugna allo scopo di fare assorbire quel poco di liquido cistico sparso sui visceri, ed il sangue, che dà il passaggio degli aghi; eppure la guarigione è stata rapidissima in completa apiressia. Speciale vantaggio del metodo antisettico è poi la semplicità del trattamento consecutivo. Al 4º o 5º giorno si rimuove la fasciatura; al 6º o 7º giorno si tolgono i punti di sutura e l'operata è guarita, sfuggendo da quel trattamento penoso del peduncolo con sostanze astringenti e dalla pulitura anche più noiosa del drenaggio profilattico.

Chiudo questo breve *avant propos* col far notare che l'ovariotomia in Palermo non è un ritrovato del 1883; l'operazione, per servirmi d'un'altrui frase, *ha figurato bene fra noi.* Ma a chi scrivendo in Sicilia, ha voluto tessere in modo schematico la storia dell'ovariotomia in Italia, avrebbe dovuto affacciarsi alla mente quella della nostra Isola, i cui abitanti fanno anche parte dell'italiana famiglia.

Non per spirito di campanile, tanto bene sentito fuori di noi, ma certo per quel sentimento di giustizia che informar deve lo storico e distinguere lo scienziato, si avrebbe dovuto dire per opera di chi rispose la Sicilia generosa. E giacchè facciamo appello alla generosa Sicilia, è bene che si sappia, che la terra dei Vespri rispose a Messina per opera di Trombetta, a Catania di Clemente, a Trapani di Turretta e di D'Antona, l'illustre ovariotomista siciliano a Napoli, e per opera di chi rispose a Palermo è inutile nasconderlo o mistificarlo, è ormai alla conoscenza di tutti, nè a me lice o preme il ricordarlo. Il fatto più importante a registrare nei nostri annali è questo, che l'ovariotomia ha occupato già da un pezzo anche in Sicilia il suo eminente posto nella medicina operatoria, come dal seguente quadro statistico risulta

Ovariotomie eseguite in Sicilia.

Numero	DATA della operazione	ESITO	LUOGO della operazione	NOME dell' operatore	OSSERVAZIONI
1	1874	morte	Palermo	Albanese	Cistoma in ambedue le ovaia, estese aderenze, collasso 27 ore dopo la operazione.
2	1879	guarigione	Palermo	Cosentino	Ciste biloculare dell'ovaio destro, limitate aderenze parietali.
3	1879	guarigione	Messina	Trombetta	Cisti moltiloculare dermoide e colloidea, libera di aderenze.
4	1880	guarigione	Messina	Trombetta	Cisti moltiloculare dell'ovaio sinistro, numerose aderenze colle parete addominali, coll'intestino, coll'utero, colla cavità del picc. bacino.
5	1881	guarigione	Palermo	Cosentino	Ciste sierosa dell'ovaio destro, aderenze parietali.
6	1881	guarigione	Trapani	D'Antona	Ciste semplice, libera di aderenze.
7	1881	morte	Trapani	Turretta	Voluminosa ciste con poche aderenze parietali, collasso.
8	1881	guarigione	Catania	Clemente	Cisti ovarica uniloculare, libera, trattamento del peduncolo col clamp, tubo a drenaggio.
9	1881	guarigione incompleta	Catania	Clemente	Cisti prolifera, contenuto gelatinoso. Una piccola porzione della parete cistica non potè essere staccata al disopra dell'ombellico, riproduzione delle cisti figlie.

Numero	DATA della operazione	ESITO	LUOGO della operazione	NOME dell' operatore	OSSERVAZIONI
10	1882	guarigione	Palermo	Cosentino	Voluminosa ciste uniloculare dell'ovaio destro, libera di aderenze.
11	1882	guarigione	Palermo	Cosentino	Voluminosa ciste dell'ovaio destro, libera di aderenze.
12	1882	guarigione	Palermo	Cosentino	Ciste dell'ovaio destro, suppurata per torsione del peduncolo.
13	1882	guarigione	Palermo	Cosentino	Ciste alveolare dell'ovaio sinistro, estese aderenze parietali, ascite libera, gravidanza a tre mesi, aborto di due gemelli.
14	1883	guarigione	Palermo	Urso	Ciste piccola uniloculare, libera di aderenze.

Ovariotomia senza cloroformio.

15	1883	guarigione	Palermo	Cosentino	Ciste piccola uniloculare, libera di aderenze.
16	1883	guarigione	Palermo	Cosentino	Ciste piccola uniloculare, libera di aderenze; raripidissima guarigione per prima intenzione, febbre infettiva insorta al 7° giorno dell'operazione – morte al 4° giorno.
17	1883	guarigione	Palermo	Cosentino	Ciste semplice del legamento largo destro.
18	1883	guarigione	Palermo	Cosentino	Ciste semplice al legamento largo destro, estese aderenze parietali coll'intestino, col-

Numero	DATA della operazione	ESITO	LUOGO della operazione	NOME dell' operatore	OSSERVAZIONI
					l'utero e coi tessuti pelvici, impossibilità al distacco delle adiacenze pelviche, resezione della ciste, fissazione dei lembi alle labbra della ferita addominale, drenaggio, guarigione per suppurazione.
19	1883	guarigione	Palermo	Cosentino	Ciste uniloculare dell'ovaio destro, libera di aderenze.
20	1883	guarigione	Palermo	Cosentino	Cistoma dell'ovaio destro, libero di aderenze.
21	1883	morte	Palermo	Cosentino	Cistoma dell' ovaio destro, ciste dermoide del sinistro, emorragia del peduncolo al 3º giorno.
22	1883	guarigione	Messina	Trombetta	Cistoma, aderenze pelviche – trattamento extra-peritoneale del peduncolo coll'uso del clamp (Inedito).
23	1883	guarigione	Catania	De Luca	Cisti ovarica uniloculare, senza aderenze (Inedito).

Le storie dei sei ultimi casi a me appartenenti con le relative osservazioni sono qui brevemente riferite.

Caso 1.º

Ciste parovarica destra libera di aderenze - Guarigione.

Massaria Antonina, di anni 26, da Chiusa Sclafani, nubile, fu mestruata per la prima volta a 14 anni e sempre regolarmente

fino a vent'uno, quando in seguito di uno spavento (?) si soppressero per circa 3 mesi le regole mensili, che si riaffacciarono profuse, accompagnate da dolori uterini e con tutti i sintomi di un aborto.

Dopo questo accidente cominciò ad avvertire un senso molesto di bruciore ai genitali e nel contempo vide aumentare il volume del ventre, che nello spazio di un anno circa raggiunse notevole dimensione, senza che progredisse in proporzione negli anni successivi. La funzione mestruale era stata sempre normale e nessun disturbo la paziente accusava da parte del tumore addominale.

Ha tre sorelle e il padre settantenne di ottima salute; la madre morì vecchia, e nella sua famiglia non si è osservato malattia di questo genere.

Stato attuale. — Donna di mezzana statura, brunetta, di regolare sviluppo scheletrico. Nutrizione scarsa, pannicolo adiposo quasi scomparso alla faccia ed agli arti superiori, pallido il colorito della pelle, mucose scialbe, sani gli organi del petto. L'addome è rigonfiato, di forma ovoidale, la parte inferiore cascante sulla faccia anteriore delle cosce. La pelle tempestata di smagliature antiche e recenti si solleva a larghe pieghe, la cicatrice ombelicale è rilevata. Alla palpazione si osserva l'esistenza nel ventre di un tumore liscio e levigato, di consistenza molle, elastico, fluttuante in tutti i punti, con limiti ben determinati in alto dall'apofisi sternale e lateralmente dal margine inferiore delle coste spurie. Il suono ottuso vuoto su tutta l'area del tumore si fa timpanitico, chiaro alla regione dorso lombare, anche tenendo la donna seduta sul letto.

Misure dell'addome.

Massima circonferenza del ventre a livello della cicatrice ombelicale ctm. 109.

In corrispondenza delle creste iliache, ctm. 108.

Distanza dalla spina iliaca anter.-super. all'ombelico:

a destra ed a sinistra, ctm. 34
xifo ombelicale, ctm. 19
ombelico pubica, ctm. 38.

Genitali esterni iperemici, ampii e coi caratteri della multiparità, collo dell'utero piccolo, cilindro conico, mobile, com'è mo-

bile tutto l'organo, diretto in basso ed in avanti, con rima trasversale, leggermente fenduta.

Mancando da 50 giorni la mestruazione, trovati iperemizzati gli organi sessuali, poco sicuro della castità della contadinella, mi astenni dall'uso della sonda uterina, che del resto avrebbe potuto servire a lusso di esame. Lo speculum mostrava sul muso di tinca di colore roseo piccole abrasioni epiteliali.

Con la punzione fatta per mezzo d'un trequarti di media grandezza, si estrasse dalla ciste un litro di liquido limpidissimo, incolore come cristallo di rocca, di reazione alcalina contenente molto cloruro di sodio e tracce di albumina.

La diagnosi di tumore cistico dell'ovaio, ammessa in base ai risultati dell'esame fisico, fu modificata dopo la punzione che ci fornì il sintomo caratteristico della ciste del legamento largo, vale a dire il liquido trasparente, limpido come acqua di fonte. Formulai allora la diagnosi di ciste parovarica destra (1).

Mi rafforzava in questa idea l'accrescimento lento del tumore; la sua unilocularità, lo stato relativamente florido della paziente, la regolarità nella mestruazione, la mancanza di edemi agli arti inferiori, l'assenza completa di un qualunque minimo disturbo da parte del tumore, condizioni che trovano la loro ragione nella speciale composizione della neoplasia.

Nei tre giorni consecutivi al vuotamento parziale del tumore si ebbero larghe e frequenti emissioni di urine, in seguito di che diminuì sensibilmente fino a scomparire del tutto. Essendomi stato suggerito da un professore qui insegnante, uno dei più distinti clinici d'Italia, l'idea di potersi trattare in quel caso di una ciste di echinococco del legamento largo, guaribile colla semplice punzione, ligio ai consigli di chi gode la mia stima, sottoposi la donna ad ulteriore osservazione prima di passare alla

---

(1) Le cisti paraovariche, dette pure dei ligamenti larghi, consistono nella dilatazione dei sottili canaletti del corpo di Rosenmuller, che, come si sa, è il residuo del corpo di Wolff. Queste neoformazioni ora sono sessili, ora peduncolate, ora raggiungono grandi dimensioni, ora si mantengono di piccolo volume. Sono costituiti da un sacco fibroso a parete sottilissima, rivestita all'interno da uno strato di epitelio cilindrico, talvolta vibratile. Sono separate dal peritoneo da un tessuto cellulare lasso ed in certi punti da fibre muscolari liscie, onde ne risulta facile la enucleazione; mentre per contro il peritoneo aderisce sempre in un modo stretto all'ovario nelle cisti ovariche, fatta eccezione delle adiacenze del peduncolo. TIBONE.

cura chirurgica, la sola radicale nelle cisti ovariche. Il ventre si mantenne piatto per circa dieci giorni; palpando si sentiva lo spessore del sacco cistico non aderente a quello dell' addome. E sembrava invero che la sola punzione fosse stata sufficiente ad iniziare il processo di guarigione. Se non che con la diminuzione delle urine cominciò ad osservarsi l' aumento del volume del ventre, che in meno di 50 giorni raggiunse quasi le primitive dimensioni, fenomeno che mi affermò ancora una volta nella convinzione, che la semplice puntura della ciste sierosa non sia sufficiente a far conseguire la guarigione radicale, e che per questa si richiede regolarmente l' intervento chirurgico. È ciò che giustifica il mio operato. Così chè il 21 dicembre 1882 alle ore 2 pom. passai all'ovariotomia.

Niente di particolare offre l'atto operativo come la cura consecutiva. Il sacco cistico uniloculare, libero di aderenze, fu subito estratto e la guarigione non si fece aspettar molto.

Di notevole intanto mi sembra il ritorno di accessi di febbre intermittente, che l' inferma avea sofferto quale abitatrice di luoghi palustri.

Il leggiero brivido di freddo nelle ore vespertine, il calore ed il sudore durante la notte non trovavano la loro causa efficiente nelle condizioni eccellenti della ferita, che aderì per prima intenzione, colla completa apiressia e col benessere delle ore mattutine.

Ecco la tavola che segna le oscillazioni della temperatura, del polso e della respirazione la mattina e la sera:

1° giorno,	ore 3 pom.	T. 37.2	P. 80.	R. 22
2° »	mattina	T. 37.4	P. 76	R. 20
	sera	T. 39.5	P. 110	R. 30
3° »	mattina	T. 38.2	P. 104	R. 28
	sera	T. 38.9	P. 120	R. 28
4° »	mattina	T. 37,2	P. 80	R. 24
	sera	T. 39.6	P. 125	R. 28
5° »	mattina	T. 37.5	P. 90	R. 24
	sera	T. 39.5	P. 120	R. 28
6° »	mattina	T. 38.3	P. 84	R. 24
	sera	T. 37.4	P. 84	R. 24
7° »	mattina	T. 37.2	P. 90	R. 22
	sera	T. 39.2	P. 110	R. 30

8º giorno,	mattina	T. 37.8	P. 100	R. 28
	sera	T. 39.6	P. 96	R. 30
9º »	mattina	T. 37,5	P. 90	R. 26
	sera	T. 37.5	P. 95	R. 28
10º »	mattina	T. 37.2	P. 80	R. 24
	sera	T. 38.9	P. 90	R. 28
11º »	mattina	T. 38.4	P. 100	R. 30
	sera	T.		
12º »	mattina	T. 37.	P. 82	R. 22
	sera	T. 38.9	P. 90	R. 28
13º »	mattina	T. 38.4	P. 100	R. 30
	sera	T. 39.	P. 110	R. 32
14º »	mattina	T. 38.	P. 96	R. 30
	sera	T. 38.4	P. 100	R. 32
15º »	mattina	T. 37.6	P. 90	R.
	sera	T. 39.5	P. 120	R. 34
16º »	mattina	T. 38.4	P. 90	R. 28
	sera tardi	T. 38.1	P. 100	R.
17º »	mattina	T. 39.	P. 86	R.
	sera	T. 37.4	P. 100	R.
18º »	mattina	T. 37.4	P. 80	R.
	sera	T. 37.3	P. 82	R.
19º »	mattina	T. 37.	P. 76	R.
	sera	T. 37.4	P. 84	R.

La temperatura si mantenne sempre normale dopo che al solfato di chinina si unì il decotto di china e il liquore arsenicale. L'operata al 30º giorno dell'operazione ritornò nella propria casa in ottimo stato di salute.

Caso 2.º

Ciste parovarica, insormontabili aderenze pelviche, resezione della ciste - guarigione per suppurazione.

Abbate Concetta, di anni 45, figlia di genitori sani, ha fratelli e sorelle di buona salute. Mestruò per la prima volta a 16 anni e andò a marito a 25 anni.

Della sua sterilità non poteva trovarsi la causa materiale, giacchè di buona conformazione e regolarmente mestruata, nè poteva accusarsene il marito che di sè ben altre prove avea dato.

Il medico curante tre anni addietro aveva riscontrato nell'addome un tumore che occupava il quadrante inferiore destro, di consistenza duro, dolente sotto la presssione, mobile, della grandezza di una testa di feto maturo. Questo tumore, che è andato sempre più crescendo, ha provocato nel suo ulteriore sviluppo ricorrenti accessi dolorosi in diversi punti dell'addome, e negli ultimi tempi disturbi digestivi, ostinata stitichezza e difficoltà all'emissione delle orine. Questi ed altri disturbi, come il senso di stanchezza dopo una breve passeggiata, il peso alle pelvi, nonchè l'accrescimento del tumore e il dimagramento progressivo spinsero la paziente a reclamare varie volte il soccorso dell'arte fino a che venne alla mia osservazione.

Esame obbiettivo. — Donna a sviluppo scheletrico regolare, assai denutrita e pallida, di quel pallore proprio alla cachessia palustre. Gli organi del respiro sono normali e dei tuoni del cuore il primo è accompagnato da un leggiero rumore di soffio, fisiologico il secondo.

L'addome uniformemente tumido, liscio e levigato, mostra in corrispondenza delle fosse iliache le traccie di ripetute e numerose mignattazioni prescritte lungo il decorso della malattia. Alla palpazione si sente un tumore poco mobile, di consistenza pastoso, elastico, indolente, chiaramente fluttuante e senza limiti precisi. La percussione ai lombi è timpanitica.

Misure dell'addome.

Massima circonferenza a livello dell'ombelico, ctm. 110.
Distanza xifo-ombelicale, ctm. 20.
» pubo-ombelicale, ctm. 25.
Dalla spina iliaca ant.-super. di sinistra alla cicatrice ombelicale, ctm. 25.
Idem a destra, ctm. 32.

Nulla di notevole ai genitali esterni; il collo dell'utero un poco più lungo del normale, rivolto leggermente in avanti fa angolo ottuso col corpo, il quale poggia dietro e sulla sinfisi pubica. Tutto l'organo coi caratteri della nulliparità è poco mobile e i movimenti che v'imprime il dito esploratore, provocano dolori più o meno vivi, ma nulla di anormale si arriva a toccare sulla tettoia pelvica e sulla faccia anteriore del sacro. Il fornice poste-

riore è libero, depressibile, elastico. Colla punzione esplorativa si estrae circa un litro di liquido limpido come cristallo di rocca, contenente tracce di albumina.

Per la natura del liquido cistico estratto, limpido come acqua, distillata, di reazione alcalina, contenente molto cloruro di sodio e traccie di albumina, facendo tesoro dell'osservazione precedente emisi la diagnosi di ciste del legamento largo di sinistra.

Siccome i fenomeni osservati in questa inferma subito dopo la punzione della ciste erano i medesimi del caso precedente, assorbimento cioè quasi completo del liquido cistico rimasto, larghe e ripetute emissioni d'urina, appianamento completo dell'addome e senso di benessere generale; nutrendo molta fiducia nel processo naturale di guarigione, provocato dal parziale svuotamento del tumore, decisi di aspettare ulteriori eventi. Il liquido della ciste però punta il 13 novembre e vuotato in 3, 4 giorni parte per assorbimento, parte per fuoriuscita dal foro della punzione, chiuso questo, cominciò a riprodursi e al 23 dicembre, giorno dell'operazione, la ciste aveva già raggiunte le primitive dimensioni.

Operazione 23 *dicembre* 1882.

Eterizzata l'inferma, nella supposizione che la ciste, stando alla storia clinica, fosse libera di aderenze, incisa la parete addominale con uu taglio piccolo, 7 ctm. circa, fui sorpreso nel riscontrare estese e valide aderenze parietali. Cominciai allora il paziente lavoro del distacco, sia colle mani, sia legando in due punti gli spessi cordoni connettivali e tagliandoli nel mezzo. Arrivai così a distaccare quasi i due terzi superiori della ciste, che nel terzo medio fortemente aderiva coll'intestino cieco e col colon ascendente. Liberatala da queste difficili e pericolose unioni dopo non breve lavoro, abbassandosi i polsi dell'operanda, che di robusta salute non disponeva, verificate insormontabili le aderenze coll'utero, colla vescica urinaria e coi tessuti pelvici, mi trovai in un momento di perplessità e di titubanza. Il lavoro di dissezione fino all'enucleazione totale della ciste richiedeva un tempo superiore al grado di resistenza, che avrebbe potuto offrire in quel momento la donna, e a molti degli astanti la situazione invero sembrava assai imbarazzante. Guidato dal sangue freddo, che ad un ovariotomista è necessario in casi difficili, sacrificando la vanità del *cito, tuto, et iucundo* alla vita di chi si era a me affidato, al grido di *avanti, avanti*, propugnato dal mio illustre

amico, Prof. D'Antona, in simili congiunture (1), sostituii quello più prudente e non meno coraggioso di *basta*, *basta!* Manifestai allora a coloro, che vollero onorarmi di loro presenza, le difficoltà ed anche il pericolo dell' ulteriore distacco, e che il consiglio suggerito da Clay e seguito da Galenzowsky (1829) e poi da Wellss, Pean, Schroeder ed altri di escidere la parte del sacco cistico già stato isolato; e di cucire il cercine rimasto ai bordi della ferita sarebbe stato nelle mie condizioni la risorsa più preziosa. Escisi allora quasi i due terzi superiori del sacco cistico, e ne cucii il cercine alla ferita addominale con un gran numero di punti di seta fenicata, specialmente verso l'angolo superiore ed inferiore per chiudere completamente la ferita addominale.

A facilitare poi l' uscita e la detersione del liquido contenuto nel basso fondo del sacco, collocai due grossi tubi a drenaggio piegati ad U, e dopo la più diligente pulitura del cavo peritoneale chiusi la ferita addominale. Ad assorbire il liquido che veniva portato fuori dal drenaggio, fu posta sulla ferita abbondante copia di garza, cotone fenato e iuta, tenuti in sito da larghe fascie di garza.

Diario 23 *dicembre* 1882.

Primo giorno. — La durata dell' operazione fu di circa 2 ore. L'inferma molto abbattuta, fredda, con polsi piccoli è trasportata nel proprio letto, ristorata con panni caldi, injezioni ipodermiche di muschio e coi cordiali. T. 36,5. P. 70.

Ore 6 pom. — T. 38,2. P. 80. R. 24. L' inferma accusa forte dolore alla ferita, capogiri e nausea. Sente molto caldo.

Ore 9 pom. — T. 38,8. P. 100. R. 32. — Continua nello stesso stato.

Secondo giorno. — Ore 7 ant. — Notte agitata, sete ardente, voglia frequente di orinare, bruciore alla ferita, tendenza alla lipotimia. Si è concessa dell' acqua ghiacciata, qualche tazza di brodo e Marsala; estratto copia d' orina col catetere; si sono continuati i panni caldi sul petto. L'aspetto dell' inferma è più tranquillo, il ventre è piatto e indolente.

Ore 8 pom. — T. 39,1. P. 92. R. 32. Durante il giorno piuttosto tranquilla, ha preso, sebbene con nausea, del brodo con

(1) *Giornale internazionale delle scienze mediche*, anno IV, fascicolo 9 e 10, pag. 985.

tuorli d'uova. Ha urinato molto. Si prescrive mezzo grammo di chinino.

Terzo giorno. — Ore 8 ant. — T. 38,6. P. 88. R. 28. Nulla di particolare, ha urinato molto durante la notte.

Ore 7 pom. — T. 38,7. P. 82. R. 26. Ha preso con meno nausea gli alimenti; ha urinato molto, relativo benessere. Si prescrive mezzo grammo di solfato di chinino.

Quarto giorno. — Ore 7 ant. — T. 39,2. P. 106. R. 26. Dolori intestinali durante la notte, sete ardente, abbondante urinazione.

Ore 7 pom. — T. 38,5. P. 92. R. 28. Relativo benessere, prende l'alimento con piacere, urinazione discreta.

Quinto giorno. — Ore 7 ant. — T. 37,7. P. 72. R. 28. Sonno tranquillo tutta la notte. La medicatura tutta inzuppata di liquido viene rimossa, premendo il cavo cistico viene fuori dai tubi a drenaggio gran copia di liquido cistico; la ferita è in buono stato.

Ore 6 pom. — T. 38,6. P. 80. R. 28. Nulla di particolare.

Sesto giorno. — Ore 7 ant. T. 37,5. P. 70. R. 28. Si rinnova la medicatura, dal cavo cistico viene fuori un poco di liquido sieroso.

Ore 8 pom. — T. 37,2. P. 65. R. 24.

Settimo giorno. — Ore 8 ant. — T. 38,6. P. 92. R. 32. Si rinnova la medicatura perchè inzuppate di liquido sieroso puzzolentissimo.

Ore 8 pom. — T. 38,8. P. 100. R. 30.

Ottavo giorno, — ore 7 ant. — T. 37,8. P. 92. R. 30. Completo benessere, si leva uno dei tubi a drenaggio piegato ad ansa e si sostituisce un tubo semplice dello stesso calibro, i bordi della ciste sono aderenti a quelli della ferita.

Ore 8 pom. — T. 38,2. P. 90. R. 32.

Nono giorno. — Ore 7 ant. — T. 37. P. 80. R. 30. Si rinnova la medicatura, si levano due punti di sutura.

Ore 8 pom. — T. 38,2. P. 90. R. 28.

Decimo giorno. — Mattina. — T. 37,8. P. 95. R. 30. Si levano altri tre punti di sutura.

Sera. — T. 38,5. P. 95.

Undecimo giorno. — Mattina. — T. 37,5. P. 90. R. — Si levano altri tre punti di sutura, la ferita è granulante e dal cavo cistico viene copia di siero pus. Si rinnovano i drenaggi.

Sera. — T. 38. P. 90. R. 32.

Dodicesimo giorno. — Mattina. — T. 38,1. P. 90. R. — Discreta quantità di pus, la parete cistica comincia a spogliarsi, granulazioni rigogliose. Si sostituiscono due tubi a drenaggio di minore calibro.

Sera. — T. 38. P. 90. R. —

Per dare ora un diario sommario dirò che, dopo un mese il cavo cistico si era tanto ristretto che fu tolto uno dei tubi, il secondo fu tolto dopo due mesi dall'operazione, restando un seno che veniva più sempre restringendosi, e che si chiuse completamente 25 giorni dopo la rimozione del drenaggio. Di modo che dopo tre mesi circa l'inferma, guarita completamente, faceva ritorno alla propria casa.

Caso 3.º

Ciste semplice dell'ovaio destro - Guarigione.

La Barbera Francesca di anni 45, da Vicari, il 12 gennaio 1883 veniva coricata nella sala di Ginecologia al N. 5. Mestruò per la prima volta a 13 anni e andò a marito a 25 anni. Delle sette gravidanze che essa conta, sei finirono col parto normale a termine di bambini vivi, ed una, la penultima, con l'aborto a tre mesi senza conseguenze rilevanti. È stata sempre di buona salute, ha passato puerperii fisiologici, ha allattato i propri figli, l'ultimo dei quali 4 anni addietro, e vede tuttavia ricorrere i tributi mensili.

Or sono 18 mesi per un senso doloroso alla fossa iliaca sinistra, si accorse della esistenza in questa regione di un tumoretto mobile, spostabile da sinistra a destra, della grandezza di una testa di feto, che a gradi è cresciuto estendendosi verso la linea mediana, la fossa iliaca destra, la regione mesogastrica fino a raggiungere il volume che oggi presenta. Se togli l'ostinata stitichezza, nessun'altra sofferenza accusa l'inferma, la quale spaventata del crescere rapido del tumore implora di essere liberata. È figlia di genitori sani, morti in età avanzata di malattia acuta, ed ha fratelli e sorelle di ottima salute.

Stato attuale. — Donna di media statura, a sviluppo scheletrico regolare, brunetta, alquanto dimagrata, preoccupata del suo stato. Organi del torace normali, poco appetito, digestione torpida e stitichezza ventrale. Nell'addome mediocremente svilup-

pato, specialmente nella zona sotto ombelicale, si palpa un tumore di forma regolare, di consistenza elastica, liscio e levigato, mobile in tutti i sensi, attaccato con un lungo peduncolo agli organi della pelvi, chiaramente fluttuante.

La percussione dà suono ottuso vuoto su tutto l'ambito del tumore, il suono intestinale cominciando sulla linea mediana due dita trasverse al disopra dell'ombelico e scendendo obliquamente in basso, lungo il margine inferiore delle coste spurie fino ai lombi. L'area di risonanza è più estesa alla regione lombare destra, meno su quella sinistra.

Misure dell'addome.

Massima circonferenza a livello dell'ombelico, ctm. 90.
Distanza xifo-ombelicale, ctm. 20.
» ombelico pubica, ctm. 23.
Dalla spina iliaca ant.-sup. all'ombelico a sinistra, ctm. 16.
Idem a destra, ctm. 18.

L'esame digito-vaginale rileva bene i caratteri fisici dell'utero, specialmente quando si fa portare in alto da un assistente il tumore addominale.

L'organo della gestazione è di volume normale in leggiera retroversione, mobile. La sonda uterina segna ctm. 6.5. Con la punzione esplorativa si estrae circa 2 litri di un liquido giallastro, poco denso contenente albumina.

Per timore intanto di mettere in rischio l'esito dell'operazione, la quale mentre per l'insieme delle condizioni fisiche che presentava l'ammalata poteva e doveva supporsi felice, pure dominando nella stagione invernale le febbri infettive, che facevano molte vittime, in condizioni sanitarie perciò contro le quali le più rigorose precauzioni antisettiche non sono sufficiente arra a malaugurate complicanze, essendosi il ventre, dopo la punzione, ridotto di volume e migliorate le funzioni intestinali, che tanto crucciavano la paziente, la consigliai attendere la primavera e far ritorno in Palermo per farsi operare sotto più favorevoli auspicii. La ciste intanto non tardò a riempirsi e già dopo due mesi, allorchè l'inferma fu di nuovo ammessa all'ospedale, presentava presso a poco le primitive dimensioni.

Il 19 aprile alle ore 2 pom. alla presenze del Prof. Marchesano

e dei colleghi signori Venuti, Scardullo, Lo Grasso ed altri amici, procedetti all'operazione. Nulla di particolare offre l'atto operativo; la ciste uniloculare, libera di aderenze, aperto l'addome, fu punta, vuotata ed estratta colla massima facilità. Cinque punti di sutura profonda e sei superficiali chiusero la ferita esterna, che aderì per prima intenzione, e la guarigione fu così rapida e senza alcuna particolarità degna di nota, che trovo inutile di riportare il diario clinico, rilevandosi dalle tavole della temperatura, del polso e della respirazione, come tutto sia progredito normalmente.

Diario 19 *aprile* 1883.

1°	giorno	ore 2 pom.	Operazione.			
	»	» 4 »	T. 37,4	P. 95	R. 22	
	»	» 7 »	T. 37,6	P. 76	R. 24	
	»	» 11 »	T. 37,9	P. 74	R. 24	
2°	»	mattina	T. 37,6	P. 100	R. 24	
		sera	T. 38,2	P. 100	R. 26	
3°	»	mattina	T. 38,5	P. 102	R. 24	
		sera	T. 38	P. 92	R. 22	
4°	»	mattina	T. 37,4	P. 90	R. 24	
		sera	T. 37,5	P. 86	R. 22	
5°	»	mattina	T. 36,9	P. 84	R. 20	
		sera	T. 37,5	P. 85	R. 18	
6°	»	mattina	T. 37,2	P. 84	R. 22	
		sera	T. 37,5	P. 84	R. 22	
7°	»	mattina	T. 36,8	P. 80	R. 20	
		sera	T. 37,2	P. 84	R. 20	
8°	»	mattina	T. 36,8	P. 96	R. 19	
		sera	T. 37	P. 98	R. 22	

Non si prende più temperatura e l'operata il mattino del dì 8 maggio fa ritorno al suo paese.

Caso 4.°

Ciste semplice dell'ovaio destro, guarigione dell'operazione, morte dell'operata per febbre infettiva sopraggiunta durante la convalescenza.

Arena Teresina, di anni 16, di agiata e distinta famiglia. Ebbe la prima mestruazione a 13 anni, funzione che si mantenne sem-

pre fisiologica nel periodo e nella durata. Figlia di genitori sani ha tre fratelli e cinque sorelle, delle quali una maritata, che godono la più florida salute.

Da circa 10 mesi ha visto gradatamente crescere il volume del ventre ed affacciarsi di tanto in tanto a periodi indeterminati dei doloretti al quadrante inferiore destro, da obbligarla a rimanere a letto due o tre giorni. Non ha mai sofferto accessi febbrili.

Stato presente. — Giovinetta di carnagione bianca, con capelli neri e ricciutelli, piccola di statura, ma di forme assai avvenenti, ha l'occhio nero e grande, lo sguardo allegro e penetrante, la fisonomia simpatica. Organi del torace sani, normali le funzioni digerenti ed urinarie. Addome tumido come a gravidanza al settimo mese, a superficie liscia e levigata, cicatrice ombelicale infossata, nessun smagliamento della cute.

Misure dell'addome.

Circonferenza al livello dell'ombellico, ctm. 77.
Massima circonferenza contornando le spine iliache, ctm. 81.

Dalla spina iliaca anter.-super. all'ombelico:

a sinistra, ctm. 18
a destra, ctm. 16
Dall'ombelico all'appendice in ensiforme, ctm. 14
Dal pube all'ombelico, ctm. 18.

Palpando si tocca un tumore del volume di un mellone, mobile, indolente, chiaramente fluttuante.

La percussione ai lombi è timpanitica, l'aria di risonanza intestinale è più estesa a sinistra. Con la punzione viene estratto un liquido sieroso trasparente, poco denso, contenente albumina. In base a quest' esame fatto insieme ai signori professori Morici, Pantaleo e Marchesano, espressi il parere trattarsi di una ciste semplice dell'ovaio destro, libera di aderenze. Cedendo alle insistenze della paziente, la quale bramava di essere presto liberata, fu fissata l'operazione per il 13 gennaio del corrente anno alle ore 8,30 ant.

Non parlo della rigorosa disinfezione che la distinta ed affettuosa famiglia fece eseguire in tre vaste stanze scelte fra le migliori di un grande appartamento, in maniera che si poterono

tradurre veramente in atto tutte le più minuziose precauzioni, che possono assicurare una rapida guarigione. Ed il risultato dei primi giorni corrispose in vero alle nostre previsioni. L'operazione eseguita coll'aiuto dei miei carissimi amici Dott. Venuti, Scordulla, Caruso, Pecoraro e Giglio, alla presenza del Prof. Marchesano non offre nulla di particolare. Un taglio piccolo fu sufficiente per arrivare al sacco cistico, pungerlo ed estrarlo; e in meno di un'ora la bella signorina già stata operata riposava sul proprio letto.

Per il triste accidente, che ci rapì immaturamente quell'inferma felicemente operata, è interessante, che ne trascriva i diari:

1° giorno. — Subito dopo l'operazione T. 37,4. P. 84.

Ore 8 pom. — T. 37,6. P. 90. Vomito di materie mucose, dolori ai lombi, senso di bruciore alla ferita.

2° giorno. — Ore 7 ant. — T. 37,2. P. 80. — Notte agitata da vomiti e dolori ai lombi, che diminuiscono con un cgm. di morfina per iniezione ipodermica. Il vomito di sostanza biliosa è provocato dalle materie alimentari ingerite. Ha dormito ad intervalli durante la notte sempre sotto l'azione della morfina.

Ore 8 pom. — T. 37,4. P. 95. È continuato tutto il giorno il dolore ai lombi, che cede all'iniezioni di morfina; l'inferma avverte un senso di pena all'epigastrico, prende delle tazze di buon brodo che ritiene.

3° giorno. — Mattina: T. 37,4. P. 90. Notte tranquilla, un senso di pena all'epigastrico è il solo sintomo che tormenta un poco l'inferma. Si rinnova la medicatura, la ferita sembra aderita per prima intenzione, l'addome è piatto, depressibile, indolente.

Sera: T. 37,4. P. 86. Pena all'epigastrio durante il giorno, ed un senso di qualche cosa che sale e scende dallo stomaco alla faringe, per cui l'inferma si strofina colle mani il petto per lenire la sofferenza. Si sono amministrate quattro tazze di brodi, due tuorli d'uovo e del Marsala. Il vomito è cessato.

4° giorno. — Mattina: T. 37.5. P. 92. Sonno tranquillo quasi tutta la notte. Si rinnova la medicatura, la ferita è aderita per prima intenzione, si levano due punti di sutura superficiali, il primo e l'ultimo. Si aggiunge all'alimento del giorno precedente un poco di pesce bollito.

Sera: T. 37.6. P. 94. Giorno tranquillissimo, di bene in meglio.

5° giorno. — Mattina: T. 37,4. P. 105. Lievi dolori intestinali

durante la notte per arresto del circolo dei gas. Si fa un clistere di olio senza effetto.

Sera: T 37.4. P. 95. Giorno discretamente tranquillo, alla sera ritornano i dolori intestinali che si dileguano colla emissione di gas pel retto. Prende due uova e qualche tazza di brodo.

6º giorno. — Mattina: T. 37,4. P. 85. Nulla durante la notte che passò abbastanza serena.

Sera: 6 pom. T. 37,6. P. 95. Continuando la solita tranquillità si rinnova la medicatura, che è del tutto asciutta, non offrendo la ferita alcun punto suppurante. Il solito vitto di due uova e poche tazze di brodo costituiscono l'alimento del giorno.

Alle 4 pom. sopravviene un accesso d'isterismo, senso di smania all'epigastrio, calore e accensione al viso, che svanisce subito dopo appena scomparisce il bolo isterico e dopo aver preso un uovo a bere.

7º giorno. — Mattina: T. 37,2. P. 90. Relativo benessere tutta la notte, si levano alle 4 pom. tutti i punti di sutura, senza che la ferita dia una goccia di marcia; cosicchè si lasciò l'addome protetto da una sola fascia a corpo. L'alvo si è aperto spontaneamente con abbondanti emissioni gassose.

Sera: Alla sera non molto tardi sopravviene un forte brivido di freddo che è seguito da un'alta temperatura febbrile (T. 40,6). Il senso di smania allo stomaco l'assale daccapo, e un bruciore che da questo percorrendo il petto arriva alla gola, la mantiene inquieta e disturbata. Non passa molto in questo stato che getta dalla bocca con un conato di vomito un lombricoide lungo 15 ctm. e scompaiono quelle sofferenze restando la sola temperatura febbrile alquanto alta. L'indomani nel levare la fascia della ferita mi accorsi che attorno all'ombelico sorgevano dei sollevamenti di epidermide caratteristici di orticaria, che in maggior copia si estendevano anche al dorso. Volli consultare il prof. Marchesano, il quale fu d'avviso trattarsi appunto di un'orticaria prodotta dalla spolverizzazione dell'acido fenico. Però l'inferma è ritornata irrequieta e nervosa, sopraggiunge il vomito di materie verdenerastre, che al microscopio non danno traccia di sangue o di bile. Al vomito segue la comparsa per tutto il corpo di macchie rosso-nerastre confluenti, che lasciano dei tratti di pelle di colorito normale e che si rassomigliano moltissimo alle macchie confluenti della rosolia, le quali perdendo in taluni momenti il loro colore molto vivo, facendosi più sbiadite e più rare danno al viso della signorina un colorito marmorato.

Intanto il vomito continua incessante, crescendo anche a dismisura da riempire parecchi bacili in breve spazio di tempo, conservando sempre i suddetti caratteri.

Chiamato a sentire l'opinione del Prof. Federici, questi disse trattarsi di una forma infettiva dominante allora in città. Nè poteva accamparsi altra diagnosi, giacchè oltre il lieve aumento nel volume della milza, null'altro di anormale poteva riscontrarsi negli organi del torace e del ventre, il quale era piatto, indolente al tatto, depressibile, con la ferita completamente cicatrizzata. Le più diligenti ed efficaci cure si mostrarono impotenti alla violenza di quei terribili sintomi, le iniezioni di chinino non scemarono di un decimo di grado la elevata temperatura, le misture antisteriche in vario modo combinate, lo sciampagna spumante, il ghiaccio per la bocca e sul ventre si sperimentarono inefficaci a frenare un solo minuto l'incoercibile vomito.

Le forze della paziente vengono sempre più meno, i polsi si deprimono mano mano, l'occhio, che due giorni prima rifulgiva di gioia per l'esito fortunato, fatto languido, giace in fondo alle incavate occhiaie.

Cerca ancora in me la sventurata quel soccorso che più non posso darle, e dopo breve agonia alle ore 9 pom. del 23 gennaio, quando una bufera scoppiava, l'anima di quel caro angioletto volava in paradiso.

(Non fu concessa la sezione cadaverica).

Caso 5.°

Ciste uniloculare dell'ovaio sinistro - Guarigione.

Crapitti Concetta, da Licata, ricevuta il 27 febbraio 1883 nella sala di Ginecologia, viene ricoverata al letto N. 4. Mestruò la prima volta a 14 anni regolarmente e andò a marito a 16 anni.

Dopo tre anni di matrimonio ebbe il primo figlio, e in ogni triennio ha dato alla luce un figlio vivo maturo, e l'ultimo nell'aprile 1882. Due anni e mezzo addietro il suo ventre dopo il terzo parto non si ridusse come nei precedenti; un tumore del volume della testa di un bambino neonato occupava il basso ventre e lo distendeva mano mano che acquistava maggior volume. Il medico di famiglia nel mese di luglio 1880 constatò il tumore cistico chiaramente fluttuante, essendo gravida la pa-

ziente, temendo accidenti di compressione, lo punse e lo vuotò. Dopo il parto a termine di una femmina viva il tumore raggiunse durante il puerperio notevole dimensione, e fu punto e vuotato una seconda volta del liquido vischioso filante, color di caffè che conteneva.

Dal giorno della seconda punzione accessi di dolori ai quadranti inferiori dell'addome di varia durata e intensità hanno tormentato l'inferma da costringerla a guardare per varie settimane il letto. Nessun altro disturbo da richiamare l'attenzione; le funzioni intestinali ed urinarie normali. Dei genitori il padre morì di malattia acuta, la madre settantenne, tuttavia vivente, gode perfetta salute, come il resto della famiglia.

Stato attuale. — Donna di mediocre sviluppo scheletrico, lodevolmente nutrita, brunetta ed avvenente, con mucose alquanto scolorate, mostra alla fronte e alle pomelle pigmentazioni cutanee di gravidanze pregresse. Addome tumido quasi uniformemente, se si eccettui un punto al quadrante inferiore sinistro, in cui si vede elevarsi dalla superficie del tumore una prominenza, un lobbo ben circoscritto dell'estensione di 10 ctm. La pelle della parete anteriore, tolta un'area di 5 franchi attorno alla cicatrice ombelicale, è tutta tempestata di linee argentine, che per la loro forma simmetricamente stellata offrono allo sguardo un bel modello di tessuto a maglie. Il tumore di consistenza pastosa elastica, spostabile da destra a sinistra ed un poco da basso in alto da lasciare infossare le mani nella piccola pelvi, chiaramente fluttuante in tutti i punti, può delimitarsi bene con la palpazione e con la percussione.

Misure dell'addome.

Massima circonferenza a livello della cicatrice ombelicale . .	ctm. 82
Distanza dalla spina iliaca anteriore-superiore all'ombelico a destra	» 20
Idem a sinistra	» 22
Linea xifo-ombelicale	» 18
» ombelico-pubica	» 21

Ai genitali esterni nulla di particolare, il collo dell'utero è rivolto a destra, il corpo a sinistra, in latero versione. Coll'esame

bi-manuale si tocca distintamente il corpo dell' utero, e facendo portare in alto il tumore si sente a destra il ligamento largo teso a modo di cordone, che unisce l'organo del parto alla neoplasia soprastante. Fine granulazioni alla cervice sostengono un leggiero catarro uterino; la sonda misura ctm. 6.5.

Diagnosi. — Ciste uniloculare dell'ovaio sinistro senza aderenze. Il 16 aprile ultimo scorso alle ore 10 antim. procedetti all'operazione, che non offrendo nulla di particolare, per brevità tralascio di descrivere.

La guarigione per prima intenzione fu rapidissima, senza che nei giorni di cura la temperatura del corpo si fosse elevata dallo stato normale, come si vede dalla annessa tavola della temperatura e del polso.

Tavola della temperatura e del polso.

1°	giorno,	mattina	T.	P.	
		sera	T. 37.2	P. 64	due ore dopo la operazione.
2°	»	mattina	T. 37.5	P. 84	
		sera	T. 37,1	P. 95	
3°	»	mattina	T. 37,3	P. 88	
		sera	T. 37,7	P. 88	
4°	»	mattina	T. 38	P. 90	
		sera	T. 37,7	P. 100	
5°	»	mattina	T. 37,8	P. 92	
		sera	T. 37,8	P. 92	
6°	»	mattina	T. 37,4	P. 90	
		sera	T. 36,9	P. 88	
7°	»	mattina	T. 37,4	P. 80	
		sera	T. 36,8	P. 82	
8°	»	mattina	T. 37,6	P. 72	
		sera	T. 36,7	P. 80	
9°	»	mattina	T.	P.	
		sera	T. 37	P. 70	
10°	»	mattina	T. 37,2	P. 80	
		sera	T. 37	P. 80	
11°	»	mattina	T. 37,2	P. 70	
		sera	T. 37,3	P. 74	

Non si prende più temperatura. Il dì 20 aprile in 14ª giornata dell'operazione la donna completamente guarita ritorna al suo paese.

Caso 6.º

Cistoma dell'ovaio destro con aderenze parietali, ciste dermoide dell'ovaio sinistro, morte al terzo giorno per emorragia secondaria.

Liotta Salvatrice, da Termini Imerese, di anni 36, nubile; mestruata fin dall'età di 13 anni sempre regolarmente, sebbene con perdita scarsa e della durata di 2 giorni.

Non ricorda aver sofferto altre malattie, oltre la febbre intermittente malarica. Circa 9 anni addietro cominciò a soffrire dolore alla fossa iliaca destra, dove pochi mesi dopo si osservava un tumoretto mobile, dolente spontaneamente, ma insensibile al tatto. In 7 anni il suo accrescimento fu lento e graduato, e solo da un anno a questa parte si è fatto piuttosto rapido. I disturbi che richiamano l'attenzione della paziente, si possono riassumere in dolori frequenti all'addome, specialmente al quadrante inferiore destro, nella stitichezza ventrale ostinata, nella voglia frequente ad emettere le urine, nelle convulsioni nervose quasi giornaliere con perdita della coscienza, nel senso di stanchezza anche dopo la più breve passeggiata.

Stato attuale. — Donna a sviluppo scheletrico regolare, di statura alta, molto denutrita, anemica, di colorito bruno terreo con mucose scolorate.

Gli organi del torace normali.

Addome uniformemente tumido, pelle liscia e levigata, senza smagliamenti, ombelico rilevato, qualche vena appariscente sulla zona mesogastrica.

La palpazione rileva un tumore di consistenza elastica, chiaramente fluttuante in tutti i punti. La percussione alla regione lombare è timpanitica e l'area di ottusità è diminuita così a destra come a sinistra.

Misure dell'addome.

Massima circonferenza . . .	ctm.	102
Distanza xifo-ombelicale . . .	»	25
» ombelico-pubica . .	»	20

Dalla spina iliaca ant.-sup. all'ombelico a destra . . . . » 25
Idem a sinistra . . . . . » 25

La vulva è ampia con l'imene circolare lacerato in più punti, la vagina calda e umida. Il collo dell'utero molto alto, di forma conica, con orificio esterno rivolto in avanti, spostato verso la sinfisi pubica, è dolente ai movimenti impressi dal dito. Non si arriva a distinguere il corpo dell'utero, la tettoia pelvica essendo occupata da un tumore, che spinge i fornici vaginali in basso, i quali formano un cercine attorno al collo dell'utero. Attraverso il fornice posteriore si tocca intanto un tumore di consistenza pastosa, molle, facilmente depressibile, occupante tutta la faccia anteriore del sacro, di forma globosa, schiacciata d'avanti indietro, del volume di un grosso arancio, assai dolente al tatto, con tutti i caratteri insomma d'un essudato retrouterino. Il polso è piccolo e frequente (96 battiti al minuto), la temperatura normale. Fatta la punzione esplorativa con un trequarti di media grandezza si estrae un litro circa di un liquido vischioso, filante, del colore d'infuso di caffè.

Dalla ferita della punzione rimasta aperta venne fuori per tre giorni consecutivi una certa quantità di liquido, e il volume del ventre diminuì di molto. Si poterono allora palpare altri tumoretti del volume di un arancio o presso a poco, nuotanti nella cavità addominale. Da queste osservazioni fui indotto a credere alla esistenza di una ciste moltiloculare dell'ovaio destro. Il tumore retrouterino fu ritenuto per una delle sacche del cistoma a contenuto colloideo, o per uno essudato, quantunque contro quest'ultima idea parlasse l'anamnesi. Il dì 30 aprile alle ore 12 meridiane procedetti all'operazione. L'incisione esterna, estesa da due dita trasverse al disotto dell'ombelico a quattro dita al disopra della sinfisi pubica, fu insufficiente alla fuoriuscita dell'insieme delle piccole cisti, che facean seguito alla loggia più grande, che libera di aderenze e vuota di liquido venne subito estratta. Si dovette perciò allungare in alto la ferita fino alla cicatrice ombelicale ed in basso fino a tre dita trasverse del pube. Fu estratta non senza ripetute e molte valide trazioni tutta la massa del tumore unito all'utero per corto e largo picciolo, che fu legato in più porzioni ed esciso, come furono anche legati tre vasi di grosso calibro ad ottenere la più perfetta emostasia.

Il resto dell'atto operativo non offre nulla di particolare.

Esplorando lo spazio di Douglas trovai il tumore pastoso, molle, che credetti essudato aderente alla faccia anteriore del sacro, e siccome la paziente avea il polso piccolo e minacciava di cadere in collasso, fui sollecito, senza altre minuziose esplorazioni, a fare una mediocre pulitura del peritoneo ed a chiudere la ferita.

Diario del 30 *aprile* 1883.

1º giorno. — Subito dopo l'operazione l'inferma è molto abbattuta, suda fredda. T. 36,1. P. 60. Si applicano panni caldi su tutto il corpo, senapismi alla regione cardiaca, s'inietta due grammi di tintura di muschio coll'intervallo di un'ora. Alle ore 4 pom. comincia la reazione, la donna sente caldo, vuole tolte tutte le coverture e i panni caldi, ha tendenza al vomito. T. 37,6. P. 95.

2º giorno. — Mattina: T. 37. P. 80. R. 22. Notte un po' agitata da insonnia, da vomito e bruciore alla ferita. Si somministra qualche cucchiaio di brodo ghiacciato.

Sera: T. 38,5. P. 96. R. 34. Durante il giorno due accessi di vomito alla presa di brodo; diminuito l'ardore alla ferita, generale relativamente buono.

3º giorno. — Mattina: T. 37,8. P. 86. R. 36. Poco sonno per forte dolore di capo, accessi di convulsioni con tendenze alle lipotimie, non ha più vomitato e ritiene gli alimenti.

Sera: T. 38,5. P. 104. R. 38. Sete ardente, smania tutto il giorno, convulsioni isteriche. Nessun disturbo riferibile alla ferita, addome piatto, indolente al tatto.

4º giorno. — Mattina: T. 37,7. P. 64, R. 42. La notte è stata agitata da convulsioni, l'inferma vuole alzarsi da letto e si agita, accusa un senso di malessere generale.

Alle ore 8 ant. cresce la smania, comincia la tendenza al deliquio con raffreddamento generale, respirazione ansiosa, dispnea. La temperatura si abbassa, i polsi si fanno più piccoli, evanescenti, fuggevoli, vuoti e scompaiono successivamente. Indi sopraggiunge il tremito convulsivo, il disordine ai movimenti cardiaci, la cianosi alle labbra ed alle estremità che si diffonde subito su tutto il corpo, con sudori freddi, con perdita della coscienza. A nulla valsero, allorchè s'iniziarono i descritti sintomi, i panni caldi, i senapismi, le misture cordiali, le iniezioni di muschio a richiamare in vita l'agonizzante, che alle ore 9 ant. precise rendeva l'anima a Dio.

Epicrisi. — Cadavere poco trasformato in viso, rigidità cadaverica mediocre, macchie verdastre alla regione epatica e sulla fossa iliaca sinistra.

Addome poco tumido, compressibile, ferita aderita per prima intenzione e si richiede una certa forza, tolti i punti di sutura per distaccare le labbra. Allungando allora la ferita fino all' apofisi sternale, riaperto l'addome esce dall'angolo inferiore un liquido sanguinolento, che riempie l' intera cavità della pelvi. Le intestina sono di colorito normale, l'epiploon conserva il nerastro acciaino osservato in vita.

Messa così allo scoverto la cavità della pelvi si vede il peduncolo della ciste esciso, l'utero, e dietro a questo un tumore della grandezza di un grosso arancio. Portando una particolare attenzione sulla superficie di taglio del peduncolo colpisce lo sguardo la boccuccia beante di un'arteria di medio calibro racchiusa nello spessore di una delle sezioni nelle quali era stato segmentato.

Il laccio che stringeva questa sezione, avendo tagliato i tessuti non esercitava più la necessaria pressione sul vaso, che diede luogo alla fatale emorragia.

Il tumore retrouterino fu riconosciuto per una ciste dermoide coi noti caratteri del contenuto sebaceo coperto di lunghi peli. Polmoni, cuore, fegato, milza anemici, stomaco dilatato, vuoto.

Fra le numerose cause di morte che possono colpire le operate, avvene un certo numero che presentandosi molto più di frequente, attirano specialmente l' attenzione. In un tempo non molto lontano a noi le più frequenti erano la peritonite settica e la emorragia. Più tardi, in virtù delle misure antisettiche da una parte, ed il perfezionamento dei metodi dall'altre, pur ritenendo questi accidenti come un fatto importante, non costituirono più la preoccupazione dell' ovariotomista. Già è quasi scomparsa la setticemia e se non può dirsi lo stesso riguardo all' emorragia, pure osserviamo un'enorme diminuzione nelle cifre che oggi la rappresentano. Così mentre le statistiche di Clay, Maisonneuve, Fock ci forniscono il 16 %, il 16.6 %, il 27.2 %, quelle di Atle, di Georges, Lizmann il 20.3 % e il 23.5 %, Peaslee non registra che il 2.3 % di morte per emorragia, Koeberle il 5.5 %, e Spencer-Welss sopra 127 casi di morte non ne ha alcuna per emorragia. Quest' immensa e reale diminuzione nella frequenza della emorragia risulta dalle modificazioni apportate al trattamento del peduncolo.

Ciò nonostante pur riconoscendo i progressi della più alta importanza che la moderna chirurgia abbia all' uopo raggiunto, questo tempo dell'operazione merita sempre un speciale riguardo, e l'ovariotomista non dovrà mai dimenticare il detto di Courty, che « ce temps de l'opération (la constrution du pedicule) est « sans contredit, je ne aurais trop le repeter le plus perilleux « de tous. »

Ciò che noi abbiamo accennato mi condurrebbe ad esaminare i diversi metodi del trattamento del peduncolo dal punto di vista emostatico, anche per giustificare il sistema da me tenuto. Ma non permettendo lo scopo del mio lavoro di entrare in una discussione lunga e dibattuta, mi limiterò a fare qualche breve riflessione fra i due metodi più in uso, il clamp cioè e la legatura perduta.

Il primo accidente che accompagna la divisione d'una parte vascolare è la perdita di sangue, e qui più che in ogni altra operazione è da temere l'emorragia. Se si riflette che l'operanda spesso si trova spossata, anemica da emorragia talvolta prodotta dall' interno della ciste, le perdite per l'apertura della parete addominale e per il distacco delle aderenze, condizioni tutte debilitanti e altrettante cause d' insuccesso, rendono della più alta importanza la precauzione di evitare un'emorragia nel momento della sezione del peduncolo o più tardi. La mortalità, osserva Koeberlé « est en raison dirette de la perte de sang », e Butcher nel trattamento del peduncolo non considera che « se mettre à « l'abri de l'hemorrhagie. »

I differenti metodi del trattamento del peduncolo più abitualmente impiegati hanno per base la legatura o il clamp.

Condividendo le idee del Koeberlé e del Butcher, che la mortalità sia in ragione diretta della perdita del sangue, e che nel trattamento del peduncolo bisogna metterci al ricovero di una emorragia, ho seguito un metodo che credo il più efficace ad evitare ogni perdita nell'atto di separare il peduncolo dalla ciste, come a prevenire una emorragia secondaria. Punta e vuotata la ciste, portato il peduncolo fuori l'addome, qualunque sia la sua lunghezza, circa 3 ctm. al disotto del punto in cui dovrà essere sezionato e legato, vi passo attorno un laccio forte e resistente, lo stringo con un primo nodo e lo fermo con un secondo. È la legatura temporanea. Passo poscia a dividerlo e legarlo in quattro, cinque o sei porzioni, secondo la larghezza, lo escido 2-3 ctm.

al disopra col bistori o colle forbici, lego tutti i vasi beanti alla superficie del taglio, almeno quelli di una certa importanza, tolgo la legatura temporanea, e, allorchè la emostasia è completa, taglio i fili della legatura permanente accosto al nodo ed abbandono il moncone nella cavità pelvica.

Il laccio che stringe fortemente il peduncolo, mentre giova a prevenire la perdita nel distacco del peduncolo, serve a rendere prominenti sulla superficie di sezione tutti i vasi da legare. Non ho mai deplorato alcun accidente da questo modo di procedimento, anche senza l'aiuto degli astringenti e dell'arrostimento. La legatura separata delle arterie, che fu raccomandata da Wilson come metodo, che diede al Longenbeck nel 1852 il dispiacere di vedere morire d'emorragia la sua operata, dopo d'avere avuto la pazienza di legare 20 vasi, io la considero semplicemente quale ausiliare a quello della legatura in massa o in più porzioni, e da oggi in poi a prevenire altri tristi accidenti sarà per me il precetto più rigoroso.

Che la legatura in più porzioni, che fra i metodi di trattamento del peduncolo ha raccolto i maggiori favori e conta un gran numero di fautori, non sia abbastanza sicura, lo provano le relazioni di Rost, il quale sopra 40 casi ebbe due esiti in morte per emorragia, e di Dutoit, il quale sopra 45 casi ne cita 3 e forse 4.

Non parlo della legatura in massa, giustamente abbandonata anche nei peduncoli sottili e poco vascolarizzati.

Nel dichiararmi intanto partigiano del metodo della legatura perduta non ho inteso fare esclusione degli altri, e nè tampoco ho creduto di proclamare l'abolizione del clamp; sarebbe un volerci privare dei vantaggi che questo offre, e il costrittore metallico ha sempre figurato nel mio apparecchio strumentale. Non posso però negare di avere avuto una certa avversione a questo strumento, che se non è utile nei casi facili, non serve nei difficili.

Legare il peduncolo in più porzioni, ciascun vaso separatamente, tagliare i fili vicino al nodo, piazzare tutto nella cavita addominale e lasciare alla natura il resto, è un metodo che riunendo la semplicità alla sicurezza è adattabile in ogni caso. Esso conta difatti molti successi. Bryant sopra 24 casi trattati di tal maniera non ebbe mai risultati sfavorevoli, Fyler Smith sopra 19 casi perde 4 inferme, fra questi 19 ne opera 10 colla legatura perduta e non ha che un caso di morte. Sims ne opera 10 e ne perde una, Spiegelberg in 10 operate ne perde due; i 38 casi

citati da Wagner e che diedero i migliori risultati ottenuti in Germania (63.15 per cento) furono tutti trattati colla legatura perduta. Gli stessi napolitani che esordirono col clamp e lo preferirono agli altri metodi, si sono in questi ultimi tempi corretti, accordando invece la preferenza alla legatura perduta.

Greuzer ammette la superiorità del metodo, e Guy a Londra lo crede il migliore; e le obbiezioni fatte contro il suo impiego hanno dato il vantaggio d' impegnare i chirurgi in una serie di ricerche sperimentali dalle quali ne è uscito vittorioso.

Ma la semplice legatura del peduncolo in due o più porzioni senza la precauzione di legare isolatamente i vasi beanti, può dar luogo, come avvenne nel mio caso, sebbene in via d'eccezione, ad accidenti emorragici.

La compressione a misura che il laccio taglierà i tessuti, e vi s' internerà, andrà gradatamente diminuendo, per conseguenza potrà avvenire un momento in cui i vasi che occupano il centro del peduncolo, non essendo più abbastanza compressi, nè ancora intieramente obliterati, possono divenire la sorgente d'una emorragia secondaria.

E fu appunto questa possibile eventualità che spinse gli ovariotomisti alla ricerca di un mezzo di costrizione che potrebbe essere aumentato a misura che il bisogno lo richiedesse. Sorse così il compasso di Kutschinson trasformato in mille guise e rappresentato oggi dal clamp (appareil à embrasser, à rogner) dal costrittore circolare (Koeberlé), dal clamp circolare (Spencer-Wells). Ma si è raggiunto con ciò lo scopo?

Il gran numero degli istrumenti inventati mi fa dubitare della loro virtù emostatica, e il dubbio si cambia in certezza quando lo Spencer-Wells in 398 casi, 49 volte fu costretto a levare il clamp e sostituirlo colla legatura o con altri emostatici. Non è raro infatti percorrendo le osservazioni di coloro che usano il clamp di trovare la seguente frase: — impiego del clamp; il peduncolo essendo scivolato si dichiarò una violenta emorragia. Ma astrazione facendo dell'accidente emorragico, i risultati di coloro che usarono sistematicamente il clamp, sono diversi da quelli di coloro che operarono la legatura perduta. Wagner in un rapporto di 38 casi trattati con la legatura ottiene 24 guarigioni, 65,15 per cento; mentre ne ha 34 in 61 trattati col clamp, 57.37 per cento. Bryant opera 19 donne, una sola con la legatura e perde 9 operate; impiegando 7 volte la legatura ottiene 7 guarigioni.

Ed io opino che se avessi impiegato il clamp nelle mie operate, non avrei potuto ottenere il 90 per cento di guarigioni. Nel mio ultimo caso poi, trovandomi in faccia ad un peduncolo corto e spesso, condizioni che racchiudono le maggiori difficoltà e costituiscono lo scoglio di tutti i metodi, la legatura in più porzioni e dei vasi separatamente era il mezzo più sicuro ad impedire la emorragia. Che se questa sopraggiunse non puossi darne la colpa al metodo in sè stesso, ma all' inesattezza del suo impiego, avendo lasciato, come fu notato, un vaso di medio calibro non legato nella sezione centrale del peduncolo. Come mezzo di costrizione mi sono servito del filo di catgut n. 2, il quale senza avere un grande spessore offre vere garanzie di solidità.

Alla sezione della mia operata studiando attentamente il peduncolo estratto insieme all'utero ed all'ovaio all'altro lato, si poteva bellamente vedere, che già al 3° giorno dell' operazione il laccio che ne stringeva le diverse sezioni in cui fu diviso, ad eccezione del punto dove avvenne l' emorragia, era collocato in una specie di solcatura, la quale sarebbe divenuta sempre più accentuata a misura che il rigonfiamento delle parti poste avanti e dietro di esso fosse cresciuto.

Non così sventuratamente erano le condizioni nel punto dove avvenne l'emorragia. Il filo, forse più sottile dell' altro, avea tagliato i tessuti e quindi resa insufficiente la compressione del vaso centrale non legato. Questo reperto mi sembra di un' immensa importanza pratica, e la migliore comprova di ciò che hanno ottenuto e riferito Tyler Smith, Sims, Waldayer, Spiegelberg, Rud, Wagner, Burdach, Middeldorph ed altri, nei loro esperimenti sugli animali e nelle autopsie cadaveriche.

Non voglio por fine a queste brevi considerazioni senza un ricordo degli esperimenti del Lister, il quale trovò che il vaso legato col filo di catgut non è mai tagliato, e che anzi questo facendosi per così dire con la parete del vaso fornisce maggiore resistenza all'onda sanguigna.

Lo stesso Lister ha dimostrato inoltre l'organizzazione del filo con la parte che esso strangola, come altresì la solidità del nodo fatto con il catgut resistente anche alla putrefazione. Dimodochè per una eccellente legatura, a cui debba affidarsi la custodia di una emorragia, credo non possa trovarsi per ora miglior mezzo del filo formato dall'intestino tenue del montone.

R. Istituto Clinico-Ostetrico e Ginecologico di Roma

diretto dal Prof. Cav. E. PASQUALI.

BOLLETTINO TRIMESTRALE

REDATTO

dal Dott. ARTURO BOMPIANI

Ajuto clinico.

N. 1. — Anno scolastico 1882-83.

(Dal 1.° novembre 1882 al 31 gennaio 1883).

In questo Istituto il materiale usufruito per la istruzione ostetrica degli studenti d'ambo i sessi è abbondantissimo per una fortunata condizione locale. Il signor Prof. Pasquali, essendo ad un tempo Direttore dell'Istituto Universitario e della Maternità Municipale di Roma, si serve di tutto il materiale di questa per la dimostrazione pratica ai giovani medici e fa fare servizio interno per turno alle allieve levatrici, le quali mentre prestano l'opera loro in pro' della Maternità ne traggono profitto per la pratica.

Il Professore desidererebbe che tale servizio per una sezione, potesse farsi anche dagli studenti; ma le condizioni speciali dell'Ospizio per ora non lo permettono.

Ciò non ostante la istruzione clinica medica ne ritrae sempre un grande utile e perchè la casuistica vi è abbondante e svariatissima (circa 800 parti l'anno), e perchè la dotazione intitolata alla Clinica Ostetrica va spesa per la Clinica Ginecologica. In tale modo il Prof. Pasquali già da quattro anni ha attuato praticamente il programma d'insegnamento clinico ostetrico e ginecologico, oggetto delle nuove leggi sugli Istituti medici proposte da S. E. il Ministro della Pubblica Istruzione.

Se però le cure solerti di codesto Direttore hanno saputo attuare la istituzione delle due scuole cliniche, non può tacersi il suo desiderio che il progetto di legge divenga presto un fatto pratico affinchè due dotazioni distinte ne vengano allo Istituto. Dalla quale

condizione sarebbe resa presto possibile la istruzione maggiormente pratica degli studenti medici nel ramo ostetrico; perchè allora potrebbe stabilirsi una sezione in cui il servizio fosse da questi esclusivamente esercitato.

Nel 1.° trimestre di quest'anno scolastico, novembre e dicembre 1882 e gennaio 1883, furono assistiti entro la Maternità di S. Giovanni in Laterano 176 parti.

Di questi furono:

Unici.	172	Abortivi . . .	4
Multipli	4	Prematuri spont. .	22
		Maturi	150

Gli atti operativi furono 23, dei quali:

Applicazioni di forcipe	15
Cefalotrissie.	2
Versioni podaliche.	4
Estrazione manuale	1
Parto prematuro provocato . . .	1

	Partorirono in dorso sinistro.	Dorso destro.	Indeterminato.		
Presentazione cefalica	128	35	6	=	169
» pelvica	4	3	0	=	7
» trasversa	0	0	0	=	0
					176

Le presentazioni cefaliche furono nel rapporto N. 95,97 %
» pelviche » » » 4,02 %
Le posizioni in dorso a sinistra » » 77,64 %
» » destra » » 22,35 %

Parti gemelli.

I. Nov. N. 696. — IVpara, d'anni 30, entrò in Maternità in soprapparto. Ambedue i feti furono diagnosticati in presentazione cefalica, il primo con il dorso a sinistra anteriore, il secondo con il dorso a destra posteriore. Si fece previo e si ruppe prima il sacco del feto secondo espulso. I due feti furono espulsi ad un'ora di distanza l'uno dall'altro. Le due placente furono espulse con-

temporaneamente mercè pressione del fondo dell'utero. I feti nacquero vivi dello stesso sesso ed a termine. Il puerperio fu regolare.

Nei due uovi sono distinti gli amnios ed i corion sono aderenti per lunga zona placentare comune larga circa un ctm.: in questa zona si notano chiazze biancastre di fibrina coagulata da pregresse emorragie.

II. Dicem. N. 757. — IIIpara, d'anni 40, al 260 giorno di gravidanza partorì due feti di sesso maschile vivi e sani.

Questi, espulsi in un quarto d'ora di distanza, si presentarono il primo per la pelvi con il dorso a sinistra, il secondo per la testa con il dorso a destra. Secondamento spontaneo. Puerperio regolare nell'apparecchio sessuale. Bronchite intercorrente leggiera. Uovi distinti con i relativi amnios e corion, i quali ultimi sono aderenti per lunga estensione.

III. Aborto gemellare N. 761. — I feti nacquero vivi e morirono subito dopo; il primo maschio in presentazione cefalica del peso di grammi 1080 e lungo 36 ctm.; il secondo maschio in presentazione pelvica, di 440 grm. di peso e della lunghezza di ctm. 25. Secondamento spontaneo e puerperio regolare.

Le due placente sono estesamente aderenti, e nel margine di adesione mostrano un solo corion, ed amnios distinti. I cotiledoni delle due placente e prevalentemente di quella del feto meno sviluppato sono presi da degenerazione cistica: le cisti variano dalla dimensione di una lente a quella di un uovo di piccione: molti cotiledoni sono rivestiti da uno strato molto spesso deciduale e fra i loro solchi si notano emorragie antiche.

IV. N. 797. — Ipara, d'anni 23, ha una pelvi generalmente ed uniformemente piccola: Dist. spine mm. 230, Cr. 250, Bitroc. 280, Coniug. esterna 180.

I feti stavano il primo in presentazione cefalica, dorso a destra anteriore; il secondo in presentazione pelvica, dorso a sinistra posteriore.

Il sacco di questo secondo feto protrudeva cilindrico e senza dilatare il collo impediva all'altro di avanzare; rottosi quello potè questo agire da cono ampio e dilatare il collo impegnandosi la testa.

Questa arrivata a membrane rotte nella metà stretta dello scavo vi si arrestò, essendo la madre febbricitante e molto agitata ed i battiti fetali, minacciando asfissia, fu estratto con il forcipe.

Il secondo feto prende posizione trasversa con la testa nella fossa iliaca destra, il dorso anteriore e braccio procidente nel canale vaginale. Versione podalica ed estrazione manuale. La placenta è ritenuta aderente e dà emorragia: distacco artificiale ed estrazione. Irrigazioni fenicate a 45°. Puerperio patologico. Setticoemia da endometrite difterica, in seguito a decomposizione putrida di sangue ritenuto nella cavità uterina nei primi giorni del puerperio. Dal terzo al sesto giorno la temperatura è di 40° vespertina, 39° mattutina, acceduta con unico, prolungato ed intenso brivido. Al sesto giorno espulsione dei coaguli, dopo di che la temperatura oscilla intorno a 38° fino al dodicesimo giorno, in cui è ridiscesa a 37° e vi si è mantenuta fino all'uscita. Cura: irrigazioni fenicate al 2 % calde intrauterine i primi tre giorni, vaginali nei successivi, quattro al giorno e solfato di chinina internamente. In questo trimestre i parti gemelli stanno nel rapporto del 2,27 %.

Forcipi.

I. Novembre. N. 679. — Ipara, d'anni 28. Pelvi bene conformata. — Rottura precoce di membrane. — Dilatazione lenta del collo. — Inerzia secondaria. — Rotazione interna, difficile per resistenza delle parti molli. — Forcipe Denmann allo egresso. — Applicazione diretta, estrazione facile. — Perineo integro. — Estrazione manuale della placenta ritenuta al disopra dell'orificio interno contratto con emorragia intrauterina conseguente. — Feto vivo; peso 3200; lunghezza 47; B. P. 85; B. T. 75.

Puerperio regolare.

II. N. 696. — VIpara, d'anni 30. — Pelvi normale. — Lenta dilatazione del collo, il cui labbro anteriore grosso resta compresso contro il pube dalla testa incuneata allo ingresso. — Stato febbrile ed agitazione della partoriente. — Battiti cardiaci fetali incerti ed aritmici. — Forcipe all'ingresso, applicazione obliqua. — Rotazione interna al pudendo. — Secondamento per pressione sul fondo dell'utero. — Feto nato leggermente asfittico e ravvivato. — Peso 3000; lunghezza 49; B. P. 88; B. T. 75. — La testa mostra essere stata presa in una sezione frontomastoidea sinistra.

L'operazione fu eseguita nella completa anestesia cloroformica. Puerperio normale.

III. N. 695. — Ipara, d'anni 23. — Pelvi normale. — Rottura

precoce di membrane e dilatazione lenta del collo da contrazioni lente ed irregolari. — Arresto della testa nella metà inferiore dello scavo. — Minaccia di asfissia fetale. — Forcipe Braun, applicazione diretta. — Feto nato vivo a termine. — Secondamento spontaneo. — Lacerazione perineale profonda, cinque punti staccati in filo d'argento. — Spolverizzazione di iodoformio. — Riunione per seconda intenzione. — Puerperio patologico: endocolpite ed endometrite. — Febbre a 40° con remissione mattutina di ½ grado dal terzo al settimo giorno, a 38° dall'ottavo al quattordicesimo. — Guarigione. — Irrigazioni vaginali fenicate 2 % tiepide quattro al giorno, delle quali intrauterine nei primi quattro giorni; dopo ogni irrigazione spolverizzazioni di jodoformio sulle lesioni di continuo. Solfato di chinina internamente.

IV. N. 710. — Ipara, d'anni 23. — Bacino schiacciato rachitico: Dist. delle Sp. mm. 250, delle Cr. 270, dei Troc. 310, C. est. 180, C. diag. 104, Present, O. I. S. P. — Rotazione interna lenta e difficile per resistenza perineale. — Forcipe Denmann all'egresso, applicazione diretta. — Secondamento spontaneo. — Feto maschio nato vivo. — Peso 2910, lunghezza 49, B. P. 90, B. T. 80.

Puerperio normale.

V. Dicembre. N. 736. — Ipara, d'anni 24. — Conformazione scheletrica atletica. — Bacino di dimensioni normali, alto, ma con arco sottopubico stretto. — Parti molli molto resistenti. — Perineo alto e spesso. — Contrazioni forti ma inefficaci. — Agitazione grande della donna. — Forcipe Denmann nella metà inferiore dello scavo, applicazione diretta. — Episiotomia bilaterale, perineo integro. — Secondamento spontaneo. — Feto nato vivo del peso di 2900 grm., lungo 46, B. P. 85, B. T. 80.

Puerperio regolare.

VI. N. 741. — IVpara, d'anni 24. — Inferma per cachessia palustre. — Funicolo recidivamente procidente a testa nello scavo. — Forcipe Beatty, applicazione diretta. — Secondamento per estrazione manuale. — Feto nato morto. — Peso 1750 grm., lunghezza 44, B. P. 80, B. T. 70.

Puerperio con febbri malariche. Apparecchio sessuale normale.

VII. N. 743. — IIpara, d'anni 29. — Pelvi normale. — Arresto della testa allo egresso per inerzia uterina. — Forcipe Beatty. — Applicazione diretta. — Feto nato vivo del peso di 3140 grammi, lungo 48 ctm., B. P. 92, B. T. 82. — Secondamento spontaneo.

Puerperio regolare.

VIII. N. 758. — Ipara, d' anni 24. — Pelvi ampia. — Rottura precoce di membrane. — Inerzia uterina secondaria — Forcipe Denmann allo egresso, applicazione diretta. — Secondamento spontaneo. — Feto maschio nato vivo del peso di 3360 grammi, lungo 48 ctm., B. P. 90, B. T. 82.

Puerperio regolare.

IX. N. 797. — (Vedi *Parti gemelli*).

X. Gennaio 1883. N. 3. — Ipara, d'anni 21. — Pelvi normale. — Presentazione O. I. S. P. — Rottura precoce di membrane. — Collo contuso edematoso al disotto dell'equatore della testa che è poco flessa, molto inclinata lateralmente. — Inerzia secondaria in soprapparto lungo (24 ore di periodo di dilatazione). — Anestesia cloroformica completa. — Forcipe Braun nella metà super. dello scavo, applicazione diretta. — Secondamento spontaneo immediato. — Feto femminile asfittico ravvivato. — Peso 2650, lunghezza 47, B. P. 90. B. T. 75. — Puerperio regolare.

XI. N. 15. — Ipara, d' anni 34. — Pelvi normale. — Presentazione O. I. S. A. — Rottura precoce di membrane. — Lenta dilatazione del collo, il cui orificio interno si contrae spasmodicamente, al disotto del massimo cerchio della testa, mentre la metà inferiore è floscia ancora quando v' ha contrazione. — Atonia uterina secondaria, insufficienza contro la resistenza del pavimento pelvico. — Forcipe Braun nella metà inferiore dello scavo, applicazione diretta. — Secondamento spontaneo. — Puerperio regolare. — Feto nato vivo. — Peso 3570. — Lunghezza 50, B. P. 90, B. T. 80.

XII. N. 42. — IIpara, d'anni 43. — Pelvi normale. — Presentazione O. I. S. A. — Varicosità enormi nel pudendo esterno e nel canale vaginale che minacciano rompersi al passaggio della testa. — Forcipe egresso, applicazione diretta. — Secondam. spontaneo. — Puerperio regolare. — Feto nato vivo. — Peso 3600. — Lung. 49, B. P. 90, B. T. 75.

XIII, XIV, XV. — Applicazione di prova del forcipe Taylor sulla testa libera al disopra dello ingresso, finite con versione ed estrazione manuale e cefalotrissia in donne rachitiche con pelvi schiacciate. Escluse queste tre ultime applicazioni di prova, si hanno sopra 176 parti, 12 applicazioni necessarie di forcipe, cioè 6,81 %.

Delle quali:	allo ingresso	1	
	allo scavo	6	(2 nella metà larga, 4 nella metà inferiore o stretta).
	allo egresso	5	

Le indicazioni furono:

Dilatazione lenta del collo, mancata rotazione interna, resistenza delle parti molli . . .	9
Pelvi schiacciata, incuneamento del capo . . .	1
Procedenza del funicolo ombelicale	1
Varici molto dilatate nel canale da parto . . .	1
Le operazioni furono eseguite in Ipare . . .	8
» » » IIpare . . .	2
» » » IVpare . . .	1
» » » VIpare . . .	1

I risultati furono buoni per le madri e per i feti. Sopra 12 puerperii due soli furono patologici e finirono guariti.

Dei 12 feti estratti uno solo morì; ma in questo caso vuolsi tenere conto della cachessia malarica che favorì la prematurità e mal nutrizione e della procidenza del funicolo.

Versione podalica.

I. Novembre. N. 716. — Ipara, d'anni 30. — Pelvi rachitica generalmente ristretta e schiacciata. — Dist. delle Sp. 230, Cr. 250, Bitr. 265, Coniug. est. 180, C. dig. 90. — Present. O. I. S. A. — Rottura precoce di membrane. — I dolori validi e frequenti tengono la testa fissa al disopra dell'ingresso, ma non ve la impegnano. — A dilatazione di 5 ctm., del collo molle dilatabile, si prova il forcipe Taylor a branche lunghe; ma queste lasciano la presa. — Versione podalica ed estrazione manuale. — Deflessione del capo allo ingresso, la pressione manuale soprapubica riesce a farla flettere e scendere nello scavo. — Secondamento mercè pressioni sul fondo uterino. — Feto maschio nato profondamente asfittico, ravvivato dopo un'ora circa di cure insistenti. — Peso 2770, lungh. 49, B. P. 88, B. T. 74. — Puerperio regolare.

II. N. 683. — (Vedi *Parto prematuro provocato*).

III. Dicembre. N. 797. — (Vedi *Parti gemelli*).

IV. Gennaio. N. 32. — (Vedi *Cefalotrissie*).

Estrazione manuale.

I. Novembre. N. 716. — (Vedi *Versione podalica*).

II. Dicembre. N. 796. — IIpara, d'anni 31. — Pelvi normale. — Parto che durò da due giorni per inerzia uterina da idramnios. —

Presentazione S. I. S. A. — Rottura artificiale delle membrane a cinque centimetri di dilatazione di un collo molle e dilatabile, presa di un piede ed estrazione di un feto maschio nato vivo. — Peso 2260, lunghezza 38, B. P. 87, B. T. 76. — Secondamento spontaneo. — Puerperio regolare.

Craniotomie.

I. Dicembre. N. 764. — Ipara, d'anni 20. — Pelvi generalmente ristretta schiacciata. — Sp. 240, Cr. 240, Bitroc. 280, C. est. 185, C. dig. 100. — Gravida a termine. — Presentazione O. I. S. A. — Due giorni di soprapparto con spasmodia del collo. — Rottura artificiale del sacco amniotico a 5 ctm. di dilatazione. — Forcipe Taylor al disopra dello ingresso, prova inutile — Perforazione della piccola fontanella. — Cranioclaste Braun: branca maschio sulla concavità delle ossa frontali, branca femmina sulle gobbe frontali fino alla glabella del naso. — Deflessione del capo; estrazione tenendo la base del cranio verticale allo ingresso, e con il B. P. della medesima parallelo al 2° obliquo, margine frontale precedente. — Secondam. spontaneo. — Emorragia post partum da inerzia uterina. — Irrigazione intrauterina di acqua fenicata al 2 % ed a 50° C. — Massaggio del fondo dell'utero e segale. — Emostasi. — Puerperio regolare.

II. Gennaio 1883. N. 32. — IVpara, d'anni 30. — I due primi parti artificiali non si sa di che natura; il terzo spontaneo ma prematuro. — Pelvi rachitica schiacciata e generalmente rist. — Sp. 220, Cr. 230, Bitroc. 260, C. est. 170, C. diag. 100. — Presentazione O. I. S. A. — La testa non s'impegna nello ingresso. — A 5 ctm. di dilatazione rottura artificiale delle membrane. — Prova di applicazione del lungo forcipe Taylor allo ingresso, lo strumento lascia la presa. — Versione podalica ed estrazione manuale fino al completo disimpegno delle spalle riuscito difficile. — Impossibile estrazione del capo. — Perforazione della base con il coltello di Blot. — Il diametro B. T. si riduce colla semplice trazione; si estrae il feto di 3050 grm., lungo ctm. 50. — Secondamento spontaneo. — Puerperio regolare.

Parti prematuri.

Parto prematuro provocato.

I. Novembre. N. 683. — IIIpara, d'anni 29. — Pelvi rachitica schiacciata. — Sp. 240, Cr. 270, Bitr. 270, C. est. 176, C. diag. 110. —

Il primo parto venne a termine coll'aiuto del forcipe; il secondo provocato prematuramente all'ottavo mese. — Provocaz. attuale al termine della 31ª settimana, mercè l'applicazione successiva di tre spugne preparate e tre irrigazioni calde vaginali quotidiane. — Al settimo giorno di queste manovre il collo per 5 ctm., si è dilatato e la parte presentata è la spalla destra, con la testa nella fossa iliaca destra con il dorso in dietro. — Versione podalica ed estrazione manuale. — Feto nato morto femminile. — Peso 1430, lungh. 40 ctm. — Secondamento spontaneo.

Parti prematuri spontanei.

I. Novembre. N. 763. — Ipara, d'anni 18. — Parto n. f. di feto n.: morto macerato del peso di 1930 grm., lungo 43. — La puerpera asserisce i moti attivi del feto cessati 15 giorni innanzi al parto. — Padre sifilitico. — Secondamento per espressione. — Puerperio con lieve perimetrite. — Guarigione.

II. N. 694. — IIpara, d'anni 44. — Parto n. f. del peso di 2100, lungo 45, n. vivo e sano. — Secondamento spontaneo. — Puerperio normale. — Nessuna causa apprezzabile.

III. N. 704. — VIpara, d'anni 35. — Parto n. f. di femm. nato vivo molto debole del peso di 1250 grammi e lungo 37 ctm. — Secondamento spontaneo. — Febbri malariche in gravidanza e puerperio.

IV. N. 706. — Ipara, d'anni 22. — Parto n. f. di femmina, del peso di 2150 grm., lungo 43 ctm., nato vivo e debole. — Secondamento spontaneo. — Puerperio normale. — Nessuna causa apprezzabile.

V. N. 715. — IIpara, d'anni 28. — Parto n. f. di feto del peso di 2450 grm., lungo 45 ctm., nato morto. — Secondamento spontaneo. — Puerperio regolare. — Febbri malariche.

VI. N. 723. — Ipara, d'anni 27. — Bacino scoliotico. — Parto n. f. di femmina, del peso di 2070 grm. e lungo 43 ctm., nato vivo e debole. — Secondamento spontaneo. — Puerperio normale. — Nessuna causa apprezzabile.

VII. N. 734. — VIpara, d'anni 27. — Anemia perniciosa progressiva. — Parto n. f. del peso di 1750 grm., lung. 41 ctm. — Secondamento spontaneo. — Puerperio regolare.

VIII. Dicembre. N. 737. — VIpara, d'anni 30. — Dei tre parti precedenti il primo a termine, il secondo a 8 mesi nato vivo, il

terzo a termine nato morto. — Parto n. f. di una femmina nata viva del peso di 2600 grm., lung. 42. — Secondamento spontaneo. — Puerperio regolare. — Probabile sifilide.

IX. N. 740. — Ipara, d'anni 18. — Parto di feto nato morto, del peso di 1800 grm., lungo 39 ctm. — Secondamento spontaneo. — Puerperio regolare. — Febbri malariche in tutta la gravidanza.

X. N. 746. — (Vedi *Forcipi*).

XI. N. 748. — IIpara, d'anni 29. — Parto n. f. di femmina, del peso di 1900 grm., lungo 40 ctm. — Secondamento per espressione. — Febbri malariche negli ultimi due mesi di gravidanza ed in puerperio.

XII. N. 753. — IIpara, di 32 anni. — Parto n. f. di un feto nato morto del peso di 1180 grm., lung. 37 ctm. — Secondamento spontaneo. — Puerperio regolare. — Probabile sifilide paterna.

XIII. N. 796. — (Vedi *Estrazione manuale*).

XIV. N. 777. — Ipara, d'anni 26. — Parto al 212º giorno n. f. di femmina, del peso di 1030 grm., nato vivo e morto poco dopo. — Secondamento spontaneo. — Puerperio regolare. — Nessuna causa apprezzabile.

XV. N. 797. — (Vedi *Parto gemello*).

XVI. Gennaio 1883. N, 14. — IIpara, d'anni 22. — Parto nella 32ª settimana di femmina, del peso di 1690 grm., lungo 42 ctm., nata asfittica ravvivata. — Secondamento spontaneo. — Puerperio regolare, senza cause apprezzabili.

XVII. N. 18. — VIpara, d'anni 30. — Parto a 36ª settimana, di femmina, del peso di 1900 grm., lungo 45 ctm. — Sifilide materna, idramnios. — Feto nato asfittico cianotico con idrope ascite. — Vuotamento immediato del liquido peritoneale 250 grm., tolta così la pressione sotto-diaframmatica, con le solite manovre si potè farlo respirare e mandare gemiti. — Morì dopo un'ora. — Puerperio regolare.

XVIII. N. 29. — IIpara, d'anni 23. — Parto a 31ª settimana di un feto del peso di 1600 grm., lungo 45 ctm. — Nato morto macerato. — Secondamento spontaneo. — Puerperio regolare. — Sifilide materna.

XIX. N. 31. — IIpara, d'anni 22. — Parto n. f. di maschio. — Peso 1950 grm., lungo 45 ctm., nato asfittico, si riebbe soltanto dopo un'ora di cure insistenti. — Estrazione artificiale della seconda. — Puerperio regolare. — Febbri malariche durante tutta la gestazione.

XX. N. 48. — IIpara, d'anni 19 — Parto n. f. di femmina, del peso di 2600 grm., lunghezza 44 ctm. — Nata morta macerata. — Sifilide paterna. — Puerperio regolare.

XXI. N. 50. — IIpara, d'anni 25. — Parto n. f. di femmina, del peso di 1900 grm., lungh. 43 ctm. — Sana. — Nessuna causa apprezzabile. — Puerperio regolare.

XXII. N. 51. — Ipara, d'anni 22. — Parto n. f. di feto del peso di 1950 grm., lungo 41 ctm., vivo e sano. — Manifestazioni sifilitiche secondarie agli organi genitali esterni della madre. — Puerperio regolare.

Sommano 22 parti prematuri sopra 176, cioè 12,50 %.

Le cause furono ignote in casi	. . . .	8
Sifilide in	. . . . .	7
Febbri malariche in	. . .	6
Anemia perniciosa	. . .	1

Aborti.

I. Novembre. N. 705. — IIpara, d'anni 25. — Dopo un giorno di dolori espulse per evoluzione spontanea un feto del peso di grm. 425, lungo 30 ctm., morto macerato. — Ritenzione di placenta, emorragia. — Irrigazione vagino-uterina a 50°. — Espulsione della placenta ed emostasi definitiva. — Nessuna causa apprezzabile.

II. N. 761. — (Vedi *Parti gemelli)*.

III. N. 771. — Donna di 26 anni che ebbe già un figlio a termine. — Amenorroica per tre mesi. — Caduta. — Metrorragia ed espulsione dell'embrione; ritenzione del sacco. — Irrigaz. a 50° C. — L'emorragia cessa per poco perchè non si espelle tutto l'uovo. — Dilazione del collo dell'utero mercè spugna preparata. — Estrazione degli annessi nel dì seguente. — Nuova irrigazione fenicata, caldissima vagino-uterina. — Emostasi, puerperio regolare.

IV. Gennaio 1883. N. 24. — IIpara, d'anni 20. — Espulse al 125° giorno dall'ultima mestruazione una femmina di 240 grm., lunga 23 ctm., con secondamento spontaneo. Placenta grm. 150, larga ctm. 9×10. — Puerperio regolare. — Tre mesi avanti al concepimento la puerpera ebbe pelviperitonite subacuta seguita da endometrite purulenta.

In questo trimestre gli aborti danno sopra il totale dei parti un rapporto del 2,29 %, riconoscendo a cause le degenerazioni cistiche dei villi coriali, i traumi e le malattie dell'utero ed annessi.

Puerperii patologici.

I. Novembre 1882. N. 676. — Febbri malariche in gravidanza continuate nel puerperio.

II. N. 680. — Lieve irritazione periuterina, guarigione rapida.

III. N. 689. — Febbri malariche in gravidanza e puerperio.

IV. N. 691. — Pleuro-polmonite bilaterale infettiva. — Morte al decimo giorno di puerperio.

V. N. 692. — Enteroperitonite leggiera. — Guarigione.

VI. N. 695. — Endocolpite, endometrite. — Lochiazione fetida. — Guarigione. — (Vedi *Forcipi*).

VII. N. 704. — Febbri malariche.

VIII. Dicembre 1882. N. 730. — Ipara, d'anni 30, con pelvi normale. — Parto n. f. di feto poco sviluppato. — Secondamento spontaneo. — Durante il parto era già febbricitante a 39° C. — Apiretica dal terzo al quinto giorno. — Lochiazione fetidissima. — Febbri quotidiane, intermittenti con accesso vespertino di brivido a temperatura a 40° C., accompagnato da catarro bronchiale dal quinto all'undecimo giorno quando si pronuncia una bronco-polmonite bilaterale. — Dolori addominali e timpanitide dal nono giorno al termine. — Dall'undecimo al diciannovesimo giorno la temperatura è a 40° di sera, rimettendo di mezzo grado il mattino. — Il diciannovesimo giorno è apiretica, il ventesimo muore. — Trattamento, irrigazioni fenicate, quattro al giorno, intrauterine i primi giorni. — Solfato di chinina internamente e per iniezioni ipodermiche. — Espettoranti bronco-cinetici, cataplasmi caldo-umidi e rivulsivi al petto e sul ventre. — L'autopsia mostrò endocolpite ed endometrite difterica con parametrite destra. — Pelvi peritonite diffusa ed ovarite destra, suppurata. — Infiltrazione purulenta dei tragitti linfatici periuterini. — Bronco-polmonite bilaterale infettiva.

IX. N. 741. — Febbri malariche. — (Vedi *Forcipi*).

X. N. 748. — Id. — (Vedi *Parti prem. spontanei*).

XI. N. 757. — Bronchite diffusa. — Guarigione. — (Vedi *Parti gemelli*).

XII. N. 797. — Endometrite difterica. — Febbre settica. — Guarigione. — (Vedi *Parti gemelli*).

XIII. Gennaio 1883, N. 11. — Febbri malariche.

XIV. N. 40. — Parametrite incipiente. — Guarigione.

XV. N. 44. — Lochiazione fetida e lieve febbre settica. — Guarigione.

XVI. N. 45. — Idem.

XVII. N. 53. — Enterite catarrale e parametrite. — Guarigione.

Dei 17 puerperii patologici, nove furono da infezione a punto di partenza del canale genitale e due di questi terminarono fatalmente; otto furono da cause estranee delle quali in sei casi furono le febbri di malaria, in un caso una bronchite già in corso in tempo di gravidanza ed in altro enterite egualmente esistente durante la gravidanza.

Anomalie pelviche.

Sopra 176 donne ne presentavano 10, cioè 5,74 %, così divise:

3 pelvi generalmente ed uniformamente ristrette (Vedi *Parti gemelli*, 797), già descritta. — Gli altri due casi N. 754 e 759, finirono con parti n. f. di feti del peso di 2680 il primo, di 3000 il secondo.

6 pelvi rachitiche generalmente ristrette e schiacciate. (Vedi 710 *forcipi*, 716 *versioni podaliche ed estrazione manuale*, 764 e 32 *cefalotrissie*, 683 *parti prematuri provocati*, 796 parto a termine n. f. di un feto poco sviluppato del peso di 2540 grammi e lungo 45 ctm.).

1 pelvi rachitica cifoscoliotica N. 12 Gennaio. — IIpara, di anni 35. — Parto in 32ª settimana n. f. di maschio di 2600 grm., lungo 47 ctm. — La puerpera è alta m. 1.40. — Cranio dolicocefalo leggermente scoliotica a sinistra. — Colonna vertebrale a cifoscoliosi toracica destra e cifoscoliosi lombare sinistra. Il sacro mediano non presenta affatto la insellatura lombo-sacrale; esso è spinto in dietro formando una curva convessa, mentre il coccige è spinto in avanti.

II.

Nella sala ginecologica, dal 13 novembre 1882 al 31 gennaio 1883 inclusivi, furono ricoverate 33 donne, delle quali sei furono gravide. Di queste due furono tenute in osservazione perchè minacciate di aborto, ovviato in una ed accaduto nell'altra; in am-

bedue il concepimento era stato preceduto da endometrite lenta. Una terza aveva una gravidanza normale. Una quarta portò la gravidanza a termine con parto e puerperio normale, avendo un fibroma interstiziale del corpo, la involuzione dell' utero fu completa. Una quinta ebbe gravidanza di una mola idatigena espulsa dopo la seconda amenorrea; l' utero avea preso grande sviluppo, il ventre pronunciatamente convesso misurava dal pube all' ombelico 190 mm., al fondo dell' utero 220, alla cartilagine ensiforme 370 mm. — L'espulsione fu preceduta, accompagnata e seguita da molta perdita di sangue e da febbre remittente leggiera. La sesta fu accolta al settimo mese di gravidanza perchè sempre e regolarmente mestruata. La donna perdeva nelle epoche intercalari catarro mucoso e siero lattiginoso abbondante. All' esplorazione digitale si sentiva la volta vaginale tutta granulosa come anche il collo nella sua porzione vaginale. Allo speculum si notano specialmente nella metà superiore del canale vaginale, sulla parete anteriore e sul collo, cisti grosse come granuli di canape lucenti di color roseo pallido, tese e circondate alla base da alone rosso intenso dalla mucosa circostante. Furono punte e toccate con lieve soluzione acquosa di nitrato d' argento 10 %. La paziente volle uscire dalla sala prima che si potesse osservare l' effetto della medicatura nella successiva ricorrenza.

Le altre 27 pazienti soffrirono di:

Ascesso della glandola vulvo vaginale sinistra	1
Atresia vaginale al terzo inferiore, acquisita	1
Ascesso del terzo medio del setto retto vaginale. »	1
Epitelioma del collo dell' utero . . .	2
Metriti croniche	9
Fibromioma dell' utero con allungamento ipertrofico del collo	1
Stenosi del canale cervicale	1
Retroflessione e fenomeni isterici . . .	1
Ematocele periuterino intraperitoneale .	1
Peri-e parametriti postpuerperali ed estragravidiche	6
Ascessi delle fosse iliache da parametrite postpuerperale remota	1

Nulla di notevole intorno ai due primi casi, interessante il terzo per la sede limitata dell'ascesso. N. reg. 20, prostituta, d'anni 23, sifilizzata già dai primi contatti ancora fanciulla. Non fu mai fecondata. Non ebbe malattie agli organi pelvici prima dell'attuale. Coiti forzati e troppo ripetuti poco innanzi ad una ricorrenza mestruale, provocarono perdita di sangue notevole, febbre, dolore alla natica destra e fossa iliaca destra intensi e dolentia perineale alla coscia ed ai lombi. All'esame esterno non si rilevano alterazioni di risonanza nè di consistenza nei rilievi dell'ambito addominale. Per la vagina caldissima ed umida si nota nella spessezza della sua parete posteriore un corpo duro di forma di amandorla con l'asse maggiore parallelo a quello vaginale, maggiormente spesso al centro, a contorni bene delimitati, pochissimo sporgente nel lume vaginale, cosicchè superato il margine superiore del tumore si trova che la parete posteriore della vagina si continua normale fino alla sua inserzione sul collo. Questo è portato un po' verso il centro e più avanti della sua posizione abituale, si conserva duro e conico mobile, il corpo è leggermente inclinato in dietro. I caratteri del tumore della parete vaginale posteriore si confermano con l'esplorazione rettale, non ci si trova fluttuazione al pigiare che riesce doloroso. In dieci giorni continuano la febbre ed i dolori, il tumore aumenta di poco sporgendo in vagina ed accentuando la fluttuazione. — Spaccamento, drenaggio, irrigazioni fenicate molto ripetute nella giornata. — Dopo dieci giorni esce guarita con cicatrice lineare parallela all' asse longitudinale della vagina, appena sensibile.

Le due amputazioni del collo dell'utero per epiteliomi già progrediti oltre i limiti vaginali, furono fatte a solo scopo palliativo contro l'emorragia.

In un caso di una giovane estremamente prostrata di forze, la amputazione conoide profonda della porzione sopravvaginale del collo espose a discreta perdita di sangue. L'inferma ne morì. La autopsia mostrò una particolarità interessante: il cul di sacco vaginale posteriore fu aperto dal bistory che amputò il labbro posteriore del collo, non si ebbe emorragia intrapelvica per una briglia connettivale di pelvi-peritonite pregressa che faceva una tenda chiusa sopra la piega di Douglass.

Nel secondo caso si ottenne lo scopo di arrestare una ostinata e da lungo protratta emorragia in una donna che sebbene avanzata in età non aveva ancora la cachessia: potè rinutrirsi ed uscire migliorata localmente e bene ricostituita nel generale.

Degli otto casi di *metrite cronica*, divisi in cinque di metrite del collo e tre propriamente del corpo, sono da notare le cause varie. Data antica di endometriti blenorragiche trascurate; in queste si sono notate spesso i fenomeni d'irritazione della vescica, concomitanti. Ulcerazione sifilitica del collo, lacerazione profonda dello stesso, masturbazione ostinata, cachessia palustre con stasi venosa nei visceri addominali e pelvici ed endometriti lente diffuse agli strati profondi, furono le diverse cause.

Il loro decorso è stato lento con fenomeni subbiettivi prevalenti di pondio perineale, dolore soprapubico e della fossa iliaca sinistra. Tenesmo al termine del mitto, coprastasi ed insesso laterale. Obbiettivamente, catarro muco purulento, collo ingrossato ove più ove meno depitelizzato, in talune sensibile, in altre sanguinante, lunghezza al sondamento di poco eccedente la normale. All' esame, combinato il fondo dell' utero, spesso si palpa a metà altezza tra ombelico e pube, spingendo la mano addominale entro l'ingresso pelvico, mobilità quasi sempre possibile, ma un po' dolorosa, specialmente quella di basso in alto. Alcuni casi ebbero lenta risoluzione, in altri si ottenne soltanto cessazione del catarro; in due casi si complicarono primetriti essudative limitate. Il trattamento ha consistito in scarificazioni nel primo periodo quando vi sia stasi cianotica del collo tumefatto. Medicatura jodoformica sulle erosioni granulari del collo. — Irrigazioni calde prolungate per circa un'ora nei casi prolungati; con molta secrezione che viene tolta completamente e durevolmente da questo mezzo di cura. — Dilatazione della cavità dell'utero e pennellazioni da soluzioni di jodo e glicerina $^1/_{15}$ in tre casi. — Raschiamento in un caso. — Riposo a pelvi orizzontale costante, condizione questa ultima la cui importanza si è potuta valutare bene nel confronto istituito con le cure fatte ambulatoriamente.

Fibrimioma sottoperitoneale della parete post.

Una donna di 40 anni ha metrorragie da due anni. Nell'anno decorso fu ricoverata in Clinica per la stessa malattia già sviluppata quasi al grado di questo anno con in più un enorme allungamento ipertrofico del collo dell'utero, 10 ctm., tale da simulare un prolasso di utero avanzato con cisto-e rettocele. — Fu fatta amputazione a cono sopravaginale e sutura: così scomparvero cisto-e rettocele, e le metrorragie per allora parvero diminuire. In

questo anno si sono aumentate per frequenza ed abbondanza, e la inferma ne è esaurita. Il tumore riempie tutto lo scavo dal quale non si può rialzarlo per il grande sviluppo preso contro la escavazione del sacro: si propose la castrazione che non fu accettata dalla inferma. Si è continuato nella propinazione dell'ergotina e per iniezioni ipodermiche e per via interna; ma non valse che a diminuire e ben poco le metrorragie e ad accrescere i dolori della paziente in ogni epoca mestruale.

Nulla di notevole nei tre casi successivi: dilatazione nelle *stenosi* con dismenorrea consecutiva. Pessario a tampone e posizione lateroprona e cauterizzazione di tanto in tanto nella *retroflessione*. Ambedue guarirono.

Il terzo caso di cancro delle ovaia e disseminazione sul peritoneo fu ammesso in clinica puramente a scopo diagnostico e rimandata in ospedale.

Un caso tipico, N. 23 di Reg., di

Ematocele periuterino intraperitoneale

si è avuto nel trimestre. La inferma, madre di due figli, ebbe il primo puerperio patologico per pelviperitonite. La professione di cuoca la espone a tenere il ventre molta parte del giorno contro il calore raggiante e talora a rapidi raffreddamenti. Nell'ultima ricorrenza mestruale, dopo le solite occupazioni presso il fuoco si espose al freddo umido di un lavatoio, bagnando i piedi. Ne seguì arresto di mestrui per due giorni, e nei successivi si ebbe perdita profusa di sangue dai genitali, elevazione di temperatura istantanea preceduta da brivido intensissimo, mancanza rapidamente progressiva di forze, dolore acuto del ventre e aumento di volume rapido con tenesmo anale e pondio perineale. Ricoverò nella nostra clinica il 23 dicembre 1882 con un tumore duro che arrivava ad un dito sotto l'ombelico, ovoide leggermente più sviluppato a destra che a sinistra, dolentissimo in tutta la sua periferia. Per vagina l'utero è anteposto e rialzato al massimo, lo sfondato vaginale posteriore pieno con fluttuazione e pareti tese. T. 40° C. — P. 120. — R. 30. — Ha senso d'ambascia e prostrazione assoluta di forze; coprostasi e disuria. — Ghiaccio in permanenza sul ventre. — Oppio internamente ad alta dose sciolto in alcoolici. — Il tumore seguita a crescere per quattro giorni. Di poi, la temperatura — prima costantemente a 40° con

lieve remissione di mezzo grado mattutino — si è abbassata al normale con una esasperazione vespertina di un grado solo.

Il tumore decresce, finchè il 31 dello stesso mese è ridotto alla metà (constatata con misurazione), essendo le condizioni generali della donna così lodevoli da volere assolutamente uscire dalla sala.

La serie dei casi più importanti è stata quella delle parametriti di ascessi pelvici postpuerperali ed estragravidici. Dei quali basterà narrare succintamente la storia dei due casi più importanti.

I. Probabile ematoma pelvico nell'età infantile. Conseguente parametrite con spostamento e stiramento dell'utero, stenosi relativa e dismenorrea. — Acutizzazione della parametrite (Ascesso-pelvico). — Apertura dell' ascesso e discissione bilaterale di tutto il canale cervicale, dilatazione permanente. — Guarigione.

N. di Reg. 25, d'anni 30, contadina, maritata, fu ammessa in clinica per dolori ipogastrici, specialmente nella fossa iliaca destra e crurali e senso di pienezza e di peso entro la piccola pelvi. Accusava inoltre dismenorrea e perdita continua ed abbondante di muco pus dai genitali. Narrò che a dieci anni di età cadde da una altezza di circa quattro metri, in posizione seduta, e perdette immediatamente la coscienza e più tardi la mobilità degli arti; seguirono poscia forti dolori sacrali, glutei, peso ipogastrico e crampo allo stomaco. Il medico vi constatò commozione dei visceri addominali; la trattò con il riposo e fomentazioni caldo umide; ed essa ne guarì conservando sempre un senso di peso nel bacino, disuria e coprostasi abituale. A 16 anni fu mestruata per la prima volta, ma con tali sofferenze da essere minacciata nella vita. Le mestruazioni successive furono sempre difficili dolorose ed accompagnate da intensi fenomeni riflessi specialmente a carico del tratto superiore del tubo digerente. A 23 anni prese marito, il coito le riuscì sempre molesto e non ne ebbe mai concepimento.

Esaminata, nel ventre nulla si rileva alla ispezione. La palpazione e percussione profonda limitano nell'area dell'ingresso pelvico due corpi resistenti uno a destra ed uno a sinistra della linea mediana, quello di sinistra più vicino alla linea mediana, con il margine superiore a tre dita trasverse sopra l' eminenza ileopettinea sinistra, poco mobile, spinto molto indietro, più lungo in senso verticale che trasversalmente largo; quello di destra fisso

estendendosi dalla linea mediana alla linea innominata di destra ed alla stessa altezza dell' altro sopra l'eminenza ileo-pettinea destra, con margine superiore convesso, più esteso trasversalmente. Per vagina si trova la metà inferiore di questo canale normale, mentre che nella metà superiore è scomparso lo sfondato destro che è riempito da una tumefazione di durezza lignea, la quale fa corpo con la tumefazione palpata allo esterno: tumore vaginale che si spinge dietro al pube e circonda in avanti ed a destra la porzione vaginale del collo così da farla scomparire, stirandola in modo che l'orificio esterno lineare sia diretto obliquamente da basso in alto e da destra a sinistra. Lo sfondato posteriore ed il sinistro sono vuoti, spingendo oltre i quali, con l'esame combinato sul tumore a sinistra della linea mediana, si sente essere il corpo dell'utero obliquo ed elevato possibile di limitati movimenti. La sonda entra per 8 ctm. e si dirige a sinistra, in alto ed in dietro. La mucosa vaginale, mentre è liberamente scorrevole a sinistra, non lo è ugualmente a destra. Quando la vescica è piena si sviluppa al disopra del pube ed a sinistra. Nulla di notevole allo speculum tranne l'appianamento ed obliquità del collo sottovaginale e l'assimetria della metà superiore della vagina. Nel tempo in cui è rimasta in osservazione, si sono viste turbe nervose, come, convulsioni cloniche di tutta la persona e perdita momentanea della coscienza ed esagerati i già sopraenumerati incomodi locali ad ogni ricorrenza mestruale; in cui il sangue scarso in principio si perdeva in seguito in buona quantità.

Si stabilì la sopra enunciata diagnosi e si intraprese la cura risolvente delle doccie calde. Intanto molteplici manipolazioni o sondamenti riacutizzarono quel cronico processo d' infiammazione del tessuto connettivo parametrano destro; ne venne un flemmone acuto che terminò in ascesso. Questo fu ampiamente spaccato, medicato con irrigazioni fenicate calde. Tolto così lo stiramento laterale dell' utero, doveva riescire più facile la correzione di quella stenosi secondaria: fu fatta profonda incisione bilaterale dell'orificio esterno, lungo il canale cervicale e dell'orificio interno; in seguito la dilatazione si mantenne per stiletti di laminaria applicati in permanenza. Chiuso il cavo ascessuale il tumore è scomparso quasi completamente, le mestruazioni si sono poi ripetute facili e senza il menomo dolore nè prodromico nè concomitante o conseguente, nè ebbe più perdita di sorta dai genitali. In questo caso oltre alla importanza della terapia chirurgica mi è

parso notevole l'azione della doccia calda vaginale continuata per circa due ore tutti i giorni per la durata di circa due mesi.

Sul vantaggio delle irrigazioni prolungate calde in vagina mi piace fermarmi a dichiarare averle trovate costantemente efficaci nella cura di semplici *endometriti catarrali e purulenti di infiltrazioni parametrane* non molto antiche e di *briglie perimetritiche* ugualmente recenti.

La serie dei casi felici di questa terapia è ormai numerosa così da non lasciare dubbio sulla sua azione decisamente risolvente con azione più celere e diretta di quello che non facciano i troppo rinomati semicupii. Di leggieri infatti si comprende come l'azione di quel caldo umido portato direttamente contro le parti alterate nella loro nutrizione ed entro un ambiente ove la temperatura è elevata e costante, debba accelerare i ricambi molecolari di quei tessuti attivandone la circolazione capillare. Quegli strati sottomucosi del collo e corpo dell'utero, già soggetti a stasi prolungate, che produssero trasudamento di siero, imbibizione degli epitelii glandolari e facile spogliazione di questi con nuove produzioni di elementi connettivali, in contatto di una sorgente di calore umido continuata per circa un'ora, devono provare tali cambiamenti nella loro circolazione da rendersi più facile il reflusso venoso e più attivo quello arterioso. Quindi facili le sostituzioni grasse degli elementi connettivi neoformati e loro riassorbimento. Il quale ragionamento se vale a fare comprendere la diminuzione di volume nelle forme croniche di metrite e la scomparsa di infiltrazioni parametrane, non riesce meno chiaro a spiegare l'azione risolvente di briglie perimetritiche non antiche; le quali per la neoformazione di capillari che vi scorrono sono suscettibili di distensioni e movimenti loro impressi dai movimenti delle anse intestinali, per gli atti respiratorii e per la peristalsi intestinale. Movimenti che spiegano l'azione loro come quelli di un massaggio eseguito dalla natura sulle dette briglie. Massaggio per il quale sono evitate fissazioni moleste dell'utero in erronee posizioni.

Altro vantaggio non indifferente che credo si ritragga dalle irrigazioni vaginali calde, ripetute specialmente nei casi di catarri cronici dell'utero è il lavacro che si fa delle parti attraverso le quali passa e nelle quali sosta il prodotto di secrezione. Con quelle esportando frequentemente quel po' di catarro che si è prodotto in un intervallo si sono anche esportate, con tutta probabilità,

colonie di microrganismi, i quali in un letto stazionario troverebbero buona culla per moltiplicarsi. Ora questi stessi microrganismi moltiplicati possono ritenersi causa sufficiente per mantenere la irritazione di un tessuto glandolare già disposto a secernere eccessivamente per morbose condizioni anatomiche.

Nè i fatti osservati in Clinica restano isolati, così da dare appoggio alla idea che il riposo sia la vera causa della cessazione del catarro; poichè non è scarsa la cifra di donne assistite privatamente, alle quali, prescritte le irrigazioni calde, prolungate e ripetute in vagina, il catarro è cessato e presto se si trattava di semplici endometriti del collo e del corpo. E queste donne attendono all'azienda domestica, passeggiano, vanno in carrozza e soddisfano volentieri ai doveri coniugali; condizioni tutte che, certamente non tengono in riposo il viscere affetto.

II. Ascessi di ambo le fosse iliache, conseguenze remote di parametrite postpuerperale. — Vuotamento per aspirazione. — Guarigione.

N. 18, d'anni 30, ebbe cinque concepimenti dei quali il secondo interrotto a tre mesi, gli altri terminati con parti normali, e puerperio fisiologico nel primo, secondo e quarto; patologico nel terzo e quinto. L'ultimo parto avvenne facile tre mesi innanzi che fosse ricevuta in clinica. Il puerperio normale nei primi sette giorni, fu in seguito disturbato per fenomeni infiammatorii nei dintorni dell'utero e febbri intermittenti atipiche con accesso di freddo e risoluzione di sudore. I fenomeni acuti furono cessati dopo mignattazione e caldo umido sul ventre, ma la salute generale non migliorò. Volle allattare ma dopo due mesi dovette sospendere e ciò non ostante, anche dopo rimase sempre amenorroica per altri quattro mesi.

Accolta in clinica l'11 dicembre 1882, è febbricitante, e molto scaduta nella nutrizione generale e prostrata nelle forze. Ha normali le funzioni dei visceri toracici, del tubo digerente e dell'apparecchio urinario. — Alla ispezione addominale mostra il ventre convesso specialmente a sinistra nel quadrante inferiore. La *palpazione* e la *percussione* limitano nelle fosse iliache due tumori ovoidi con l'asse maggiore parallelo alle arcate di Poupart, distanti fra loro quanto è lo spazio dello ingresso pelvico, nel quale entrano rasentandone gli orli laterali. Hanno larga base nelle

dette fosse iliache interne, sono immobili e con manifesta fluttuazione. A sinistra il tumore solleva la piega inguino-crurale e si stende alla base del triangolo di Scarpa ove la fluttuazione si alterna con quella della fossa iliaca. All'esame addomino-vaginale si sente un utero piccolo mobilissimo in anteversione normale, indolente a qualunque movimento gli si imprima. Pigiando fortemente negli sfondati laterali posteriori si sentono in alto i sacchi dei tumori delle fosse iliache, dalla palpazioni dei quali si può trasmettere il senso di fluttuazione. Sondamento 65 mm. L'esame delle regioni superiore anteriore e posteriori dell'ambito addominale dà le risonanze dei singoli visceri.

Presi i diametri crociati dei tumori si ha:

Per il destro: asse longitud. ctm. 14 trasverso ctm. 10
» » » » 23 » » 13

Allo speculum muco pus della cavità uterina. Collo normale in dimensioni e struttura esterna.

Puntura e vuotamento con tre quarti aspiratore Dieulafoi, lavatura con acqua fenicata al 3 % tiepida nel cavo ascessuale. — Ghiaccio a permanenza sul ventre — La puntura si è fatta in tempi successivi a destra ed a sinistra, ed in questa ultima parte si è dovuta ripetere una seconda volta. L'inferma è uscita dopo tre mesi di degenza nella sala senza traccia dei tumori iliaci.

III. Cisti dermoide probabilmente dell'ovario sinistro.

N. Reg. 24, d'anni 46. Mestruata a 11 anni, ebbe due parti a 17 e 18 anni ed un aborto a 36 anni. Contrasse lue celtica dopo il secondo parto, e in seguito soffrì catarro ai genitali senza notevoli disturbi. Sette anni or sono ebbe convulsioni epilettiformi e per due volte ricoverò al manicomio ove fu tenuta in cura tre mesi circa ogni volta. Prima e dopo si dette alla prostituzione ed all'ubbriachezza senza misura.

Due anni or sono l'inferma vide comparire al disopra del pube e verso sinistra un tumore grosso come una mela, indolente e che non dava alcuna molestia tanto che fu scoperto dai medici d'ospedale che l'aveano in cura per febbri di malaria, non sentito dalla paziente. L'aumento fu lento e non bene sentito se non

negli ultimi sei mesi. È entrata nella menopausa da circa un anno, prima di che non ebbe mai disordini mestruali.

Nutrizione generale ottima. Ventre emisferico più rilevato in basso ed a sinistra: ombelico retratto. La *palpazione* e *percussione* limitano un tumore irregolarmente ovoide disposto trasversalmente dall'una all'altra fossa iliaca, al disopra dello ingresso ed un po' discosto dalle pareti addominali anteriori, punto mobile, con senso di dubbia fluttuazione per la estrema tensione elastica delle sue pareti e mancante assolutamente dell'ondulazione; indolente a qualsiasi modo di pigiare e ai tentativi di spostamento. Ascoltazione dà nessun rumore di soffio o di sfregamento.

Il suo sviluppo si desuma dalle seguenti misure:

Circonferenza addominale a livello dell'ombelico	ctm.	90
Circonferenza addominale a metà tra pube e ombelico	»	95
Distanze pubi ombelicali.	»	20
Diametro verticale del tumore in superficie. .	»	21
» verticale del tumore in ispessezza. .	»	14
» trasverso massimo in superficie . .	»	25
» trasverso massimo in ispessezza . .	»	15
» verticale sopra pettineo destro in sup.	»	19
» vert. sopra pettineo destro in ispess. .	»	14
» verticale sopra pettineo sinistro in sup.	»	21
» vert. sopra pettineo des. in ispessezza	»	15
Distanza dall'ombelico alla spina iliaca anteriore superiore destra.	»	18
Distanza dall'ombellico alla spina iliaca anteriore superiore a sinistra	»	20

Per vagina si sente uno sfondato unico tirato in alto e a destra in dietro, ove si palpa un mammelloncino formato dalla porzione vaginale di un collo d'utero senile. Nello sfondato a sinistra pigiando insieme alla palpazione addominale, si sente molto in alto il tumore con dubbia fluttuazione. Da questo lato l'esame combinato fa percepire lievi movimenti di elevazione e di abbassamento al tumore. Lo stesso rileva l'*esplorazione rettale.* Il sondamento possibile soltanto con catetere elastico penetra per 13 ctmi, torcendosi a destra lo strumento.

I cambiamenti di posizione della donna non inducono i menomi

cambiamenti di rapporto fra tumore e grande pelvi, per cui si constata la sua estesa e tenace aderenza.

Vi fu contestazione di diagnosi fra tumore fibroso dell'utero e cisti ovarica con pareti molto tese. La puntura esplorativa di cui ci serviamo in ogni caso dubbio, molto volentieri, ci dette crema di colestearina in cristallo ed un fiocco di peli biondi. — Ritenendo che il sondamento di 13 ctm. possa dipendere da allungamento atrofico del collo e corpo dell'utero stirato da un tumore extrapelvico si fa diagnosi di sola ciste dermoide; perchè in tutta la estensione del tumore sebbene oscura si sente uguale fluttuazione sotto pareti elastiche ma molto tese.

La paziente volle uscire inoperata perchè non soffriva alcun incomodo.

Nelle visite pubbliche le quali si tengono tre giorni della settimana, si registrarono le seguenti affezioni dal 13 novembre 1882 al 31 gennaio 1883:

Endometrite cronica del collo	N.	17
» » con infarto cervicale .	»	3
» di tutto il corpo, da subinvoluzione puerperale.	»	7
Endometrite emorragica	»	2
Utero pubescente	»	1
Stenosi cervicale	»	2
Anteflessione	»	1
Retroversione	»	2
Epitelioma del collo	»	1
Epitelioma del corpo dell' utero con tutta la cavità ulcerata	»	2
Fibroma sottoperitoneale del fondo dell'utero	»	1
Pelviperitonite lenta post puerperale . . .	»	2
Anemia generale da allattamento forzato. .	»	1
Gravidanze nei primi cinque mesi. . . .	»	4
Totale	N.	46

NOTIZIE

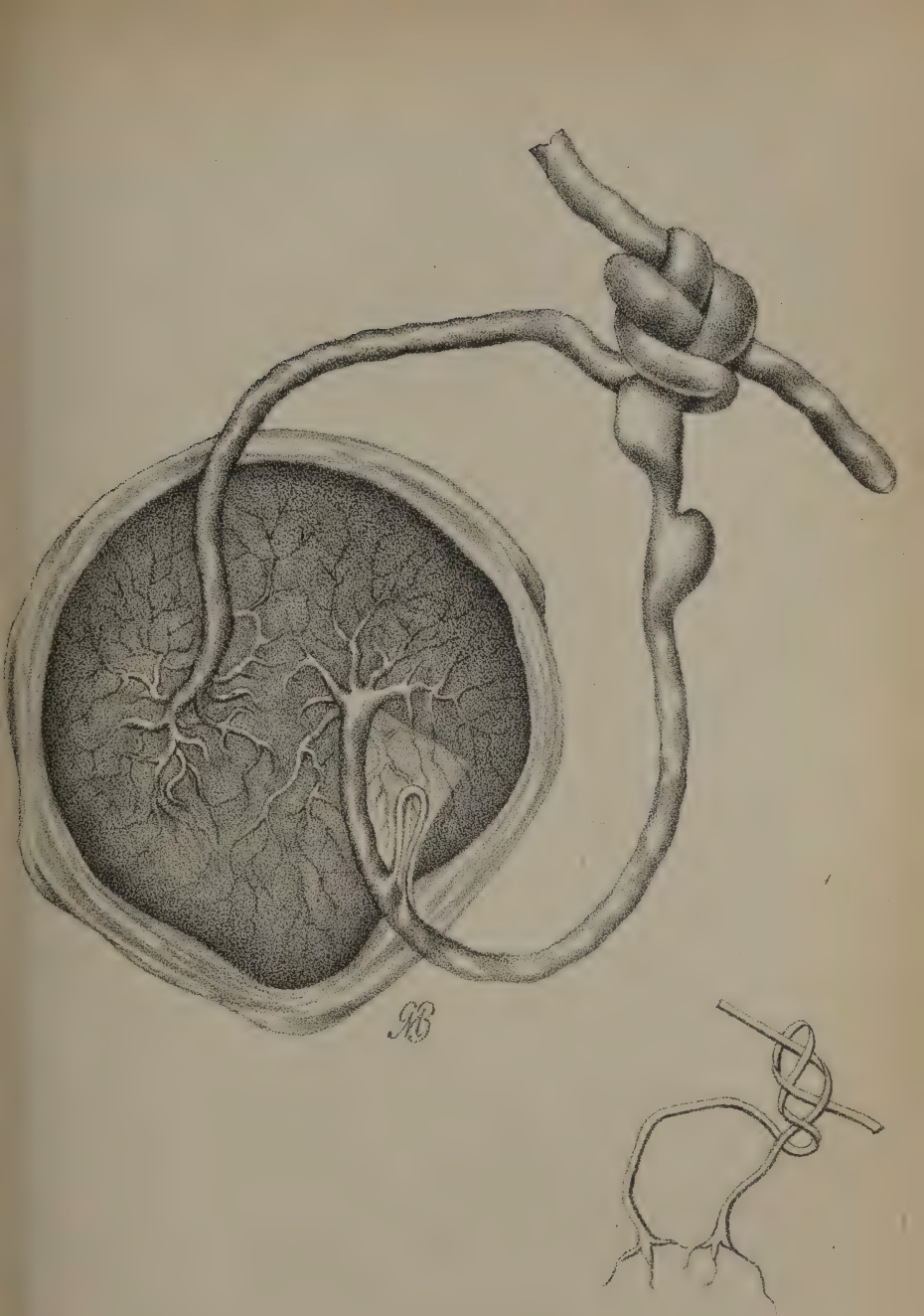
La operata di amputazione utero-ovarica dal Dott. Franzolini di Udine, di cui fu parola nell'ultimo numero, è guarita; a questo proposito riferiamo che Kabierske di Breslavia ottenne recentemente un esito favorevole dall'affondamento del peduncolo dapprima esciso a mo' d'imbuto e poi suturato.

Il Dott. Vincenzo Maggioli, insegnante libero con effetti legali in ostetricia presso la R. Università di Roma, fu, dietro prova per esame felicemente da lui superata nell'ultima settima di luglio p. p., nominato insegnante libero pure con effetti legali, nella ginecologia.

La tesi stampata tratta dell'ematoma ed ematocele pelvico: nel prossimo numero ne daremo un cenno critico.

Prof. Dott. Domenico Chiara Direttore-gerente responsabile.

Milano — Tip. Pietro Agnelli, via Pietro Verri, 16.



Tav. I.ª

Tav. II.ª

Volume V. Settembre-Ottobre 1883 N. 9-10.

ANNALI

DI

OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

ROYAL COLLEGE LIBRARY EDINBURGH

LE FRATTURE INDIRETTE NEL CRANIO FETALE

STUDIO SPERIMENTALE

del Dott. PERICLE SACCHI

Medico Aggiunto nella Maternità di Cremona diretta dal Dr. Cav. P. GOGGI

Lascio la questione di ostetricia legale delle fratture del cranio prodotte durante il travaglio per viziature pelviche (salienza accentuata del promontorio, esostosi del bacino), o per mezzo di istrumenti ostetrici (forcipe) male applicati, nè discuto le esperienze di Chaussier e Lecieux (1), le quali non possono avere alcun valore, non riproducendo affatto le condizioni in cui sogliono avvenire le fratture del cranio per caduta del neonato sul suolo al momento della nascita come giustamente obbiettò Hohl citato da Casper (2). Voglio invece occuparmi di una questione che in medicina legale non credo sia mai stata discussa coll' appoggio dell' esperimento. Mercè ripetute prove sul cadavere ho voluto convincermi *se sia o no possibile nel cranio fetale la frattura di contraccolpo.*

In un processo d'infanticidio, dibattutosi alle Assisie di Cremona, io e l'egregio Dr. Cav. Paolo Goggi, seguendo l'avviso, per quanto so, comunemente professato, ammettemmo che la frattura di contraccolpo nel neonato sia da ritenersi teoricamente impossibile per la lassezza delle membrane suturali, le quali se permettono alle ossa un facile accavallamento, devono tanto meno rendere possibile la trasmissione di un colpo, sì da indurre in un osso del cranio una

(1) Lecieux. *Considerations sur l'infanticide.* Paris, 1819.

(2) Casper. *Traité pratique de médecine legale.* Trad. franc. Paris, 1862.

frattura per colpo indiretto. In seguito più matura riflessione in argomento fecemi dubitare della esattezza di quella opinione, onde mi proposi persuadermene cogli esperimenti. Questi diffatti la contraddissero pienamente.

È strano il silenzio dei trattati di ostetricia, di medicina legale, e di chirurgia intorno a questa questione delle fratture di contraccolpo nel cranio fetale.

Ericsen (1) nelle generalità sulle fratture dice: « la frattura per contraccolpo s'incontra specialmente al capo; e quantunque si neghi che possa succedere, io non posso dubitare della sua possibilità, avendo veduto non equivoci esempi di questo genere di frattura. » E più innanzi: « Perchè si effettui la frattura a contraccolpo del capo è d'uopo che il cranio sia colpito sopra una superficie estesa. Essa è più frequente alla base del cranio, quasi sempre raggiata, giammai depressa. » Ma egli non accenna mai di riferirsi al capo fetale, ma sempre al cranio del fanciullo o dell'adulto. Bruns ritiene che « il grado di elasticità dei varii cranii oscilla grandemente e non è determinato solamente dall'età; poichè il cranio d'un adulto potè essere impicciolito nel suo diametro trasversale di 15 mm. prima che si rompesse, laddove il cranio d'un giovanetto a 15 anni andò soggetto ad una frattura della base con un impicciolimento dell'istesso diametro di 5 mm.

Ma anche qui non è detto nulla del grado di elasticità del cranio fetale.

Bergmann nella sua *Dottrina delle ferite del capo* (2) scrive: « Le fratture indirette della volta del cranio sono straordinariamente più rare che le dirette. Esse si trovano o lateralmente al piano colpito in uno o due punti lontani, la linea di congiunzione dei quali incrocia quella di escursione della potenza, ovvero stanno l'una diametralmente opposta all'altra. In questo caso nel punto colpito, il cranio può essere ugualmente fratturato, ovvero, per resistenza accidentalmente grande, rimanere intatto. » E cita parecchie osservazioni a comprova, ma nessuna che si riferisca al cranio del neonato. Anche il Tardieu, che nel suo ottimo libro sull'*Infanticidio* (3) dedica un bellissimo capitolo all'argomento delle

---

(1) Eric. Eriesen. *La scienza e l'arte della chirurgia.* Trad. Longhi. Editore Francesco Vallardi. — Milano.

(2) Vedi nell'*Enciclopedia Chirurgica,* di Pitha e Billroth.

(3) A. Tardieu. *Étude medico-legale sur l'Infanticide.* Paris, Baillière, 1868.

fratture del capo fetale, tace a proposito della frattura di contraccolpo, anzi sembra escluderla, se vuolsi giudicarlo, dal passo in cui egli a pag. 135 scrive: « Se vi è stata proiezione violenta della testa contro il muro, non essendo stato abbandonato a sè stesso il resto del corpo, la frattura occupa *un solo lato,* ma essa forma una perdita di sostanza enorme con stritolamento delle ossa. » — Credo dunque potranno tornare accetti questi miei esperimenti, fatti allo scopo di chiarire un punto di ostetricia legale, cui sembrami non si possa disconoscere una certa importanza. Questi esperimenti furono eseguiti sempre da una stessa persona, la quale stando ad 1 metro e 20 ctm. di distanza da un muro, vi gettava contro il bambino a tutta forza, tenendolo però pei piedi, e facendo battere l' una o l'altra regione del capo a seconda che è indicato dall' esperimento. Avverto, per quei casi in cui può tornar utile a sapersi, che la forza muscolare delle mani dello sperimentatore al dinamometro venne valutata di 70 gradi in media su parecchie prove fatte.

I cranii dei feti sottoposti all'esperienza vennero poi tutti segati secondo un piano orizzontale passante pel torculare d' Erofilo e per la glabella, e costituiscono una piccola raccolta che conservo.

I. Esperimento. — Bambino a termine. Si fa battere il capo parecchie volte senza badare con precisione quale parte di esso urti il muro. Si tien fermo pel piede destro spingendolo, poi lo si abbandona. — Si riscontrò:

1.º che esso battè costantemente sul muro all'altezza di 1 m. e 50 ctm. dal piano;

2.º che cadendo al suolo non rimbalzò di più di 30-40 ctm. dal muro stesso;

3.º cadde sempre col ventre a terra;

4.º riportò una frattura a raggi del parietale sinistro con rottura della meninge e fuori uscita del cervello.

5.º un'altra frattura lineare al parietale destro senza decomposizione di frammenti.

II. Esperimento. — Neonato del peso di grm. 2510 e della lunghezza di 48 ctm. — Si comprime a tutta forza per tre volte, secondo il diametro biparietale, il capo del feto fra le mani per schiacciarlo. Si ottiene una frattura lineare nel parietale sinistro,

lunga 3 ctm. e $^1/_2$, che parte dal margine superiore, e discende quasi verticalmente fino alla bozza parietale, che sta nel centro dell'osso. Nel parietale sinistro non avvenne frattura, ma una depressione tale da contenere quasi una nocciuola. Sotto il punto della frattura la meninge era illesa. Il cervello non era nè spappolato, nè rotto. — Cranio N 1 della raccolta.

III. Esperimento. — Neonato settimestre del peso di grm. 1345 e della lunghezza di 38 ctm. — Si comprime a tutta forza fra le due mani il cranio, poggiandone una sulla faccia e l'altra sull'occipite.

Però, per quanta forza si adoperasse, non si riuscì a produrre alcuna frattura, solo l'accartocciamento ed infossamento dei due parietali e parte squamosa dei temporali nella lor parte anteriore. Cessando di comprimere colle mani, tale infossamento spontaneamente spariva a destra, rimaneva ma poco sensibile a sinistra. Sezionando in seguito il cranio, aprendone le suture e divaricando le ossa, si scorgeva che l'encefalo non erasi per nulla spappolato ed era affatto integro.

IV. Esperimento. — Neonato ottimestre. — Si tenta di provocare frattura del cranio comprimendo tra le mani il capo secondo il suo asse longitudinale. Perciò si piega il bambino facendogli appoggiare sul piano del tavolo il fianco sinistro.

La mano sinistra è appoggiata alla faccia, la destra all'occipite: si comprime cercando di avvicinare il mento all'occipite. Il vertice del bambino è volto verso il petto dello sperimentatore. Ne nascono le seguenti fratture:

1.° una frattura lineare del parietale destro senza scomposizione di frammento che parte dal punto medio della sutura sagittale ed arriva alla bozza parietale;

2.° una frattura dello stesso osso, che dalla bozza parietale destra, nel punto ove termina la prima, viene a finire nel punto medio della sutura parieto-frontale destra;

3.° una frattura irregolare dello stesso parietale destro, che parte dal punto medio della sutura lambdoidea destra, corre da alto in basso e dall'indietro in avanti per 3 ctm. circa nel parietale, poi forma un gomito poco dietro la bozza parietale e ridiscende rettilinea colla stessa direzione della prima.

4.° Una frattura senza scomposizione di frammenti, in due

tratti della lunghezza di 3 mm. ciascuno, disposti ad angolo nel centro della volta orbitaria sinistra. — Cranio N. 2 della raccolta.

V. Esperimento. — Neonato ottimestre in putrefazione incipiente. — Si prende il bambino per i piedi, e tenendolo per questi lo si lancia senza abbandonarlo, in modo che batta contro il muro colla parte laterale destra del capo. — Si riscontra:

1.º Una frattura diretta al parietale destro a tre raggi convergenti al centro della bozza parietale; il primo lungo 32 mm. diretto dal centro della bozza direttamente in avanti alla metà della sutura fronto-parietale destra; il secondo della lunghezza di 4 mm. diretto dal centro della bozza d'alto in basso, e dall'avanti all'indietro; il terzo lungo 15 mm. diretto dal centro della bozza di basso in alto e dall' avanti in addietro. La meninge è rotta ed esce la sostanza cerebrale, che è liquefatta dal processo di putrefazione.

2.º Una frattura *indiretta* o di *contraccolpo* nel parietale sinistro a due raggi che dalla bozza parietale va con un raggio alla sutura lambdoidea lungo 25 ctm. ed un altro lungo 40 mm. di basso in alto e dall' indietro in avanti. Nessuna lesione della base del cranio. — Cranio N. 3 della raccolta.

VI. Esperimento. — Neonato a termine. — La stessa manualità come nell'esperimento precedente. — Si riscontra:

Una frattura lineare nel parietale destro, con rottura della meninge, idealmente divisibile in due tratti, partenti dal centro della bozza parietale, l'uno diretto orizzontalmente in avanti lungo 40 mm. giungente alla metà della sutura fronto-parietale destra, l' altro diretto orizzontalmente all' indietro, lungo 30 mm. Nessuna frattura di contraccolpo nel resto della volta nè alla base. — Cranio N. 4. della raccolta.

VII. Esperimento. — Neonato ottimestre in putrefazione incipiente. — Preso il cadavere pei piedi vien fatto percuotere il lato destro del capo contro il muro. — Ne risulta:

1.º A destra. — Una *frattura diretta* nel parietale destro a tre raggi partenti dalla bozza parietale, uno direttamente in avanti fino alla metà della sutura fronto-parietale destra, l'altro obliquamente in addietro dal basso in alto fino al punto dove il primo terzo superiore della lambdoidea destra si congiunge ai due terzi infe-

riori; l'altro quasi verticalmente in basso fino alla sutura temporo-parietale. Frattura con scomposizione di frammenti e fuori uscita del cervello spappolato. Una *frattura diretta* senza scomposizione di frammenti nella parte superiore interna del frontale destro, lunga 10 mm.

2.º a sinistra. — Una *frattura indiretta* o di contraccolpo nel parietale sinistro a due raggi convergenti alla bozza parietale sinistra; l'un raggio giungendo al punto dove il quarto posteriore della sutura interparietale si unisce ai tre quarti anteriori, e l'altro raggio giungendo al punto dove il terzo inferiore della sutura fronto-parietale sinistra si unisce ai due terzi superiori, senza scomposizione di frammenti. Nessuna frattura alla base. — Cranio N. 5 della raccolta.

VIII. Esperimento. — Bambino dell'età di un mese dalla nascita. Con una mazza di legno si percuote sul quadrante sup.-ant. del parietale destro. — Si riscontra:

1.º Una frattura diretta nel parietale destro a T rovesciato nel detto quadrante. L'asta verticale del T è lunga 4 ctm., e l'asta orizzontale è lunga 2 ctm. L'asta verticale del T è diretta d'alto in basso e dall'indietro all'avanti; l'estremo superiore dista 1 ctm. dal punto medio della sagittale; è un po' ondulata nel suo mezzo. L'asta orizzontale è obliqua d'alto in basso e dall'avanti all'indietro; la sua estremità superiore destra 1 ctm. dal punto in cui il primo terzo superiore della sutura parieto-frontale destra si unisce ai due terzi inferiori; l'estremità inferiore dista 1 ctm. orizzontalmente dalla bozza parietale. È frattura con scomposizione di frammenti, ma senza rottura della meninge.

2.º *Una frattura diretta* nello stesso osso che partendo dal punto in cui il primo quinto anteriore della sagittale si unisce ai quattro quinti posteriori si dirige nel parietale verticalmente in basso per 2 ctm.

3.º *Una frattura indiretta* nel parietale sinistro a tre raggi partenti dalla bozza parietale sinistra e dirigentisi uno in basso ed in avanti verso la fontanella laterale sinistra per 33 mm., l'altro orizzontalmente in avanti verso il mezzo della sutura fronto-parietale sinistra per 35 mm., il terzo verticalmente in alto fino ad 1 ctm, dal limite tra il primo terzo anteriore ed i due terzi posteriori della sagittale, per 45 mm. Frattura con scomposizione di frammenti senza rottura però della meninge.

4.º *Una frattura indiretta* nel centro del quadrante superiore posteriore del parietale sinistro, ondulata lunga 35 mm., senza scomposizione di frammenti nè rottura della meninge. Nessuna altra frattura nel cranio.

Questo cranio presenta due punti d'incompleta ossificazione nel quadrante posteriore superiore del parietale destro, ed una nel quadrante posteriore superiore del parietale sinistro. — Cranio N. 6 della raccolta.

IX. Esperimento. — Neonato ottimestre. — Si fa battere contro il muro l'occipite tenendo il bambino per i piedi. — Si riscontra:

1.º Una frattura a zig-zag dell'occipitale nel suo quadrante superiore sinistro della lunghezza di 2 ctm. con lieve depressione dei frammenti, senza rottura e con pochissimo scollamento della meninge.

2.º *Una frattura indiretta* (di contraccolpo) nel parietale sinistro lunga 7 ctm. orizzontale passante per la bozza parietale e partente dalla metà della sutura fronto-parietale sinistra.

X. Esperimento. — Neonato ottimestre. — Vien percossa la fronte contro il muro. — Si riscontra:

1.º Una frattura diretta nell'osso frontale sinistro a due raggi partenti a forma di V dalla bozza frontale sinistra e giungenti uno all'angolo anteriore della fontanella anteriore, l'altro all'angolo sinistro della stessa fontanella: con rottura della meninge.

2.º *Una frattura indiretta* (contraccolpo) nel parietale sinistro a due raggi partenti dalla bozza parietale e giungenti uno tra il primo terzo inferiore ed il medio della sutura fronto-parietale sinistra, e l'altro tra il primo terzo posteriore ed il medio della sagittale. Senza rottura della meninge. Nessuna frattura della base. — Cranio N. 8 della raccolta.

XI. Esperimento. — Neonato ottimestre. — Due percosse della fronte contro il muro. — Si riscontra:

1.º Depressione del frontale destro che è scivolato sotto la parte anteriore del parietale destro, scollando la meninge.

2.º Rottura della membrana interparietale nel primo terzo anteriore della sutura sagittale.

3.º Rottura della membrana della fontanella anteriore che si è accartocciata a sinistra.

4.º *Frattura lineare diretta* nel frontale destro dalla bozza all'angolo anteriore della fontanella anteriore.

5.º *Frattura lineare diretta* nel frontale sinistro dalla bozza alla metà del lato sinistro inferiore della fontanella anteriore. Nessuna frattura di contraccolpo nel resto della volta, nè nella base. — Cranio N. 9 della raccolta.

XII Esperimento. — Bambino a termine, morto a sette giorni di vita. — Si percuote il capo del feto contro il muro facendovi battere l'occipite. — Si riscontra:

1.º Nel parietale destro *una frattura lineare* occupante tutto l'osso e che partendo dalla metà della lambdoidea destra, passa per la bozza parietale ed arriva alla metà della coronale destra. Questa frattura è con scomposizione di frammenti e con larga rottura della meninge.

2.º *Una frattura lineare* e senza scomposizione di frammenti nel parietale sinistro, che dalla metà della lambdoidea sinistra giunge alla bozza parietale.

3.º Nel quadrante inferiore sinistro dell'occipitale *una frattura lineare,* un po' arcuata a concavità in basso, partente dalla bozza occipitale e dirigentesi verso l'angolo sinistro dell'occipitale. Questa frattura è senza scomposizione di frammenti e senza rottura della meninge.

XIII. Esperimento. — Bambino nato a termine e morto ad otto giorni di vita extrauterina. Preso il feto per i piedi e facendone guardare la sommità del capo verso terra, all'altezza da questa di 60 ctm., lo si lascia cadere. La percossa vien ricevuta dal feto al sincipite. — Si riscontra:

1.º Una frattura raggiata, con scomposizione di frammenti al parietale destro. I raggi sono tre e convergono alla bozza parietale. Il posteriore è orizzontale e lungo 1 ctm. L'anteriore è obliquo d'alto in basso, e dall'indietro all'avanti, si dirige verso l'angolo anteriore inferiore del parietale e misura 3 $^1/_2$ ctm. Il superiore si dirige all'unione dei due terzi anteriori della sagittale ed è lungo pure 3 $^1/_2$ ctm. Non vi è rottura di meninge. — Cranio N. 10 della raccolta.

PROGNOSI DEL PUERPERIO
DALLO STATO DEL POLSO E DEL RESPIRO
SUBITO DOPO IL PARTO

STUDIO CLINICO

del Dott. PERICLE SACCHI

Medico Aggiunto nella Maternità di Cremona diretta dal Dr. Cav. P. GOGGI.

È questa ricerca non nuova, ma non è grande però il numero degli ostetrici che vi si sieno accinti colla scorta di numerose osservazioni, nè uniforme è il loro parere in proposito. Ecco perchè ho creduto non inutile occuparmi di questo argomento e studiarlo in un numero abbastanza rilevante di puerpere per dedurne conclusioni di qualche conto.

Valle (1) scrisse: « che dopo i primi ripurgamenti deve sopravvenire la calma nel polso ed una calma universale alla puerpera: se poi rimane il polso alterato dopo le prime dodici ore o più o meno v'è minaccia di qualche malattia. » Domenico Cirillo (2) nel trattato de' polsi dice: « che tosto dopo il parto naturale nelle donne sane, il polso si fa tardo e raro. » Capuron (3) a proposito delle conseguenze del parto naturale si limita a dire che « il polso diventa meno forte e meno frequente. » Levret (4) si pronunzia più chiaramente dal lato prognostico e scrive: « Un fatto che deve seguire lo svuotarsi dell'utero è la tranquillità del polso ed una calma generale in tutta l'economia. Se al contrario il polso resta agitato dopo le prime ore che seguono quella del secondamento, la donna è allora d'ordinario minacciata da

---

(1) Citato da A. Corradi nel *Commentario di Ostetricia in Italia*, 1792.

(2) Idem, 1802.

(3) Capuron. *Corso teorico pratico di ostetricia.* Trad. italiana di G. Coen. Firenze 1838.

(4) Levret A. *L'art des accouchements*, Paris 1761.

una malattia acuta. » Naegele (1) quanto al respiro così si esprime: « L'attività della funzione respiratoria diminuita durante la gravidanza si compie dopo il parto con nuova energia, i polmoni si dilatano più liberamente e ricevono più sangue, nella maggioranza dei casi la loro capacità è più grande che durante la gravidanza, e l'esalazione polmonare aumenta. Le inspirazioni sono generalmente più di 20 al minuto, talora esse si elevano al disopra di 30, fuori dei primi momenti dopo il parto. » E riguardo al polso: « Il sangue ricco in fibrina si carica nei polmoni di una quantità d'ossigeno maggiore che nella gravidanza, onde per tali suoi caratteri eccita il cuore e le pareti arteriose a contrarsi energicamente, dal che segue, come nei primi tempi, il polso delle puerpere appaia di solito un po' pieno e talora un po' duro. D'altra parte poi il cessare le stasi sanguigne e lo spostamento degli organi toracici e addominali fa sì che la circolazione del sangue nella puerpera abbia luogo più liberamente e con una certa energia. » Ma chi studiò meglio il rallentamento del polso subito dopo il parto nelle donne sane fu il Blot (2), delle cui osservazioni non posso a meno che riassumere qui le importanti conclusioni:

1.º Nello stato fisiologico il rallentamento del polso è un fatto generale in rapporto colla deplezione uterina.

2.º Il grado di detto rallentamento può variare molto: tre volte fu di 35 pulsazioni al minuto: oscilla ordinariamente da 44 a 60.

3.° È più frequente nelle multipare che nelle primipare.

4.º La durata varia da qualche ora a 10 o 15 giorni; più è intenso e meno presto scompare.

5.º Nè la lunghezza del travaglio, nè la precocità del parto lo modificano.

6.º Le lesioni uterine anche intense non lo fanno scomparire; lo modificano invece le emorragie se non lievi.

7.º Il rallentamento del polso è un pronostico favorevolissimo. In un servizio spedaliero la sua frequenza indica uno stato sanitario eccellente, la sua rarità deve far temere prossima l'invasione di quegli stati morbosi che vedonsi così di sovente regnare sotto forma epidemica.

---

(1) Naegele et Grenser. *Traité pratique de l'art des accouchements.* Paris 1869.

(2) H. Blot. *Du ralentissement du pouls dans l'état puerperal.* — (*Bulletin de Medecine,* 28 juillet 1863).

Marey (1) ha studiato collo sfigmografo il rallentamento del polso dopo il parto e lo paragona a quello dell'ittero, ed Aubenas e Stolz riconoscono pure l' importanza prognostica dell' osservazione del polso nella donna di fresco sgravata.

Il Prof. Emilio Falaschi di Siena (2) su 108 puerpere esaminate trovò oscillare le pulsazioni dopo il parto da 44 a 52, tenendo 68 per termine medio del polso della gravida sana.

Henney ritiene che il rallentamento comparisce fra le 18 e 30 ore dopo il parto e cessa verso il sesto giorno e talora fino al decimo.

Baunfelder crede invece che il maggior rallentamento del polso avvenga al settimo giorno.

Anche in una nota al recente *Trattato di Ostetricia* di Cazeaux e Tarnier è detto: « Il polso dopo il parto diviene forte e frequente per rallentarsi subito dopo. Lo studio di esso nella neopuerpera ha una capitale importanza ed attenendosi semplicemente alle indicazioni che se ne desumono si potrebbe diagnosticare quasi con sicurezza lo stato di salute o di malattia della donna. »

Ma se parecchi sono i propugnatori del rallentamento del polso dopo il parto, non mancano però i contradditori. M. Clintock (3) in una monografia su codesto argomento, nel mentre ammette di avere notato nelle puerpere una singolare lentezza di polso (fino 40 battute), afferma che « di solito il polso delle puerpere non si scosta dallo stato regolare. » E quanto al pronostico dice che « se in generale è di buon indizio il polso che dopo il parto non dà più di 80 battute, alla regola si danno parecchie eccezioni; e d'altra parte il polso può riescire accelerato non solo per breve tempo ma anche durevolmente senza che sussegua alcun perturbamento nel puerperio.

Il Pastorello (4) da 30 osservazioni instituite in proposito deduceva che la media delle pulsazioni delle puerpere sane post partum era da 73 a 74, ed il Dott. Casati (5) in qualche centinaio di osservazioni trovò di rado che il polso battesse meno di set-

---

(1) E. J. Marey. *Phisiologie medicale de la circulation du sang.* Paris 1863.
(2) Citato dal Corradi. C. S.
(3) Idem., pag. 1278.
(4) Idem, pag. 1276.
(5) Idem, idem.

tanta volte al minuto, anzi spessissimo lo sentiva arrivare alle 80 e perfino oltre le 100 battute senza che fosse avvertito verun male.

Ma è tempo ch'io venga alle mie osservazioni.

Ometto quelle della Tavola I^a^ e II^a^ perchè troppo prolisse e perchè sono completamente riassunte negli ultimi due quadri; pubblico invece le altre perchè contengono certi dati che poi nel riassunto non figurano.

TAVOLA III.

Donne sane. Puerperio febbrile con lacerazione vulvoperineale.

a) Primipare					*b)* Pluripare				
Osserv. N.	Ore di puerperio	Polso	Respiro	Primo giorno di febbre	Osserv. N.	Ore di puerperio	Polso	Respiro	Primo giorno di febbre
1	1	108	24	80	1*	1	90	20	40
2	4	72	20	40	2	14	72	20	20
3	5	72	20	20					
4	10	102	30	20					
5	»	84	18	50					
6	12	72	24	40					
7	13	90	22	40					
8	»	72	20	50					
9	»	72	20	20					
10	14	90	20	60					

* Parto per la faccia.

TAVOLA IV.

Donne sane. Puerperio febbrile per linfangioite mammaria.

a) Primipare					*b)* Pluripare				
Osserv. N.	Ore di puerperio	Polso	Respiro	Primo giorno di febbre	Osserv. N.	Ore di puerperio	Polso	Respiro	Primo giorno di febbre
1	2	72	24	8⁰	1	1	60	18	9⁰
2	»	60	18	30⁰	2	3	54	18	12⁰
3	4	78	24	33⁰	3	4	66	20	8⁰
4	»	60	24	9⁰	4	5	90	36	7⁰
5	6	84	24	3⁰	5	7	84	30	2⁰
6	17	72	22	10⁰	6	12	66	18	10⁰
7	22	84	24	12⁰					
8	28	60	20	9⁰					

TAVOLA V.

Donne sane. Puerperio febbrile per varie malattie.

a) Primipare.

Osservaz. Num.	Ore di puerperio	Polso	Respiro	Primo giorno di febbre	Endometrite	Parametrite	Perimetrite	Cancrena vaginale, peritonite linfatica	Arresto placentare	Pelvicellulite	Metroperitonite	Flebite della safena
1	2	90	30	3⁰	1							
2	»	48	18	10⁰	1							

Osserva. Num.	Ore di puerperio	Polso	Respiro	Primo giorno di febbre	Endometrite	Parametrite	Perimetrite	Cancrena vag., peritonite linfatica	Arresto placentare	Pelvi cellulite	Metroperitonite	Flebite della safena
3	5	78	20	30		1						
4	7	72	24	50	1							
5	9	78	20	20		1						
6	»	66	18	20	1							
7	10	96	20	30				1				
8	11	120	30	30				1				
9	13	90	22	30							1	
10	»	72	18	30	1							
11	15	72	20	20		1						
12	34	90	20	30				1				

TAVOLA V (*Continuazione*).

b) Pluripare.

1	1/2	72	25	80	1							
2	2	120	36	30	1							
3	»	60	18	30	1							
4	3	72	20	30						1		
5	4	72	20	30	1							
6	6	66	18	30	1							
7	7	90	30	20	1							
8	»	60	20	100								1
9	8	72	20	100			1					

Osservaz. Num.	Ore di puerperio	Polso	Respiro	Primo giorno di febbre	Endometrite	Parametrite	Cancrena vag., peritonite linfatica	Perimetrite	Arresto placentare	Pelvi cellulite	Metroperitonite	Flebite della safena
10	9	72	20	40		1						
11	11	84	30	30	1							
12	12	96	24	20					1			
13	13	72	24	30				1				
14	»	60	18	30	1							
15	20	66	20	30						1		

TAVOLA VI.

Donne sane. Puerperio regolare. Metrorragia post partum.

a) Primipare					*b)* Pluripare				
Osserv. Num.	Ore di puerperio	Polso	Respiro	Osservazioni	Osserv. Num.	Ore di puerperio	Polso	Respiro	Osservazioni
1	1	120	21		1	3/4	124	44	*g*
2	3	80	20		2	4	90	24	
3	13	72	30	*l*	3	»	72	24	
					4 *a)*	6	102	25	
					5 *b)*	7	90	24	
					6	»	72	20	*l*
					7	15	72	20	*l*
					8	16	108	24	
					9	»	72	18	*l*

a) A 30 ore p. 78, r. 22; a 54 ore p. 96, r. 24.
b) Cessata 34 ore dopo il parto.

l - metrorragia lieve.
g - » grave.

TAVOLA VII.

Donne con metrorragia ante partum. Puerperio regolare.

	Osserv. Num.	Ore di puerperio	Polso	Respiro	Osservazioni
a) PRIMIPARE	1	11	78	18	Metrorragia lieve cessata qualche giorno prima del parto.
b) PLURIPARE	1	1/2	66	18	Metrorragia lieve.
	2	3	66	18	Metrorragia rilevante cessata 2 ore prima del parto.
	3	8	96	30	Metrorragia lieve cessata qualche giorno prima del parto.
	4	18	72	18	Metrorragia lieve cessata 7 giorni prima del parto.

Medie della Tavola I.

	POLSO			RESPIRO		
	Primipare	Pluripare	Totale	Primipare	Pluripare	Totale
1/4	—	70	70	—	23	23
1/2	84	70	73	24	21	22
3/4	72	66	69	20	18	19
1	86	75	78	25	22	23
2	66	72	72	18	20	20
3	74	73	73	21	20	20

	POLSO			RESPIRO		
	Primipare	Pluripare	Totale	Primipare	Pluripare	Totale
4	72	76	75	23	24	24
5	69	69	69	20	20	20
6	72	79	78	24	24	24
7	66	70	69	20	23	20
8	78	75	76	20	19	20
9	74	66	68	24	19	20
10	60	64	64	18	21	21
11	66	68	68	19	21	20
12	69	71	71	20	20	20
13	78	67	69	24	19	20
14	80	68	73	28	19	23
15	—	67	67	—	19	19
16	78	66	70	24	20	21
17	79	68	75	23	21	20
18	—	78	78	—	20	20
19	54	—	54	20	—	20
20	—	—	—	—	—	—
21	—	84	84	—	24	24
22	60	—	60	18	—	18
23	96	84	90	20	24	22
24	72	66	69	20	18	19
26	—	60	60	—	24	24
28	—	—	—	—	—	—

	POLSO			RESPIRO		
	Primipare	Pluripare	Totale	Primipare	Pluripare	Totale
33	76	—	76	20	—	20
34	—	—	—	—	—	—
Media delle medie	74	71	71	22	21	21

Medie delle Tavole	II.ª		III.ª		IV.ª		V.ª		VI.ª		VII.ª	
Ore di puerperio	P.	R.	P.	R.	P.	R.	P.	R.	P.	R.	P.	R.
1/2	96	30	—	—	—	—	72	25	—	—	66	18
3/4	—	—	—	—	—	—	—	—	124	44	—	—
1	—	—	99	22	60	18	—	—	120	21	—	—
2	72	24	—	—	66	21	79	25	—	—	—	—
3	60	16	—	—	54	18	72	20	80	20	66	18
4	104	18	72	20	68	21	72	20	81	24	—	—
5	84	30	72	20	90	36	78	20	—	—	—	—
6	66	24	—	—	84	24	66	18	102	25	—	—
7	72	24	—	—	84	30	74	25	81	22	—	—
8	—	—	—	—	—	—	72	20	—	—	96	30
9	66	20	—	—	—	—	72	19	—	—	—	—
10	—	—	93	24	—	—	96	20	—	—	—	—
11	86	25	—	—	—	—	120	30	—	—	78	18
12	90	18	72	24	66	18	96	24	—	—	—	—

Medie delle Tavole	II ª		III.ª		IV.ª		V.ª		VI.ª		VII.ª	
Ore di puerperio	P.	R.	P.	R.	P.	R.	P.	R.	P.	R.	P.	R.
13	93	25	78	21	—	—	73	20	72	30	—	—
14	—	—	81	20	—	—	—	—	—	—	—	—
15	—	—	—	—	—	—	72	20	72	20	—	—
16	—	—	—	—	—	—	—	—	90	21	—	—
17	66	18	—	—	72	22	—	—	—	—	—	—
18	72	20	—	—	—	—	—	—	—	—	72	18
20	—	—	—	—	—	—	66	20	—	—	—	—
22	—	—	—	—	84	24	—	—	—	—	—	—
28	—	—	—	—	60	20	—	—	—	—	—	—
34	—	—	—	—	—	—	90	20	—	—	—	—
Media delle medie	79	22	83	22	72	23	78	22	91	26	76	20

NB. Nel quadro delle medie delle Tavole IIª, IIIª, IVª, Vª, VIª e VIIª non sonsi distinte le medie delle primipare da quelle delle pluripare non essendo gran che differenti ed apparendo abbastanza bene dai quadri speciali perchè poco estesi.

Come vedesi dall'esame di questi quadri, ordinando congruamente in essi le osservazioni, ho cercato studiare: 1.º Se sia un fatto clinico positivo quello del rallentamento del polso subito dopo il parto. 2.º Se la primiparità e la pluriparità vi abbia influenza. 3.º Se venga modificato dalla metrorragia *ante e post partum*. 4.º Se possa tenersi veramente come segno prognostico sicuro di un puerperio felice.

Vediamo come rispondano a questi quesiti i dati clinici da me raccolti.

Le osservazioni sono in complesso 520, metà sul polso e metà sul respiro. Di esse 515 eseguite tutte in donne che erano sane, tanto prima che durante il travaglio e così distinte:

174 (Tav. I) in cui il puerperio fu afebbrile e scevro da qualunque complicanza.

12 (Tav. VI) in cui il puerperio fu afebbrile ma complicato a metrorragia post partum.

16 (Tav. II) in cui il puerperio fu afebbrile ma complicato a lacerazione vulvo perineale.

12 (Tav. III) in cui il puerperio fu febbrile e complicato a lacerazione vulvo perineale.

14 (Tav. IV) in cui il puerperio fu febbrile e complicato a linfangioite mammaria.

27 (Tav. V) in cui il puerperio fu febbrile e complicato a varie malattie.

Le altre 5 osservazioni (Tav. VII) riguardano donne affette da metrorragia ante partum, di cui però il puerperio fu affatto regolare.

Anzitutto conviene osservare che se è costante all'accrescersi o diminuire delle pulsazioni veder corrispondere l'accrescersi o diminuire delle respirazioni, esso non avviene però sempre nella proporzione di 4 a 1 come universalmente si ritiene avvenire normalmente. Difatti a codesta regola sono facili a trovarsi le eccezioni nei quadri delle mie osservazioni, e per persuadersene basta esaminare ad es. le osservazioni N. 22 e 36 della Tavola I A ed i N. 1, 81, 85, 117, 126, 134 B; N. 2, 10 della Tavola II A; N. 10 della Tavola III A, ed altre in cui il numero delle respirazioni è maggiore del quarto di quelle delle pulsazioni, mentre ad esempio nelle osservazioni N. 1 Tavola III A e N. 1 Tav. VI A il detto numero è minore.

Alle sette tavole che quasi direi costituiscono l'analisi delle osservazioni, fa seguito quella delle medie che può dirsene la sintesi, e della quale noi trarremo le conclusioni.

Appare tosto da essa come dalle antecedenti che nelle prime 34 ore del parto non si ha alcuna sensibile differenza nei dati numerici delle singole ore. Le cifre elevate e le basse si trovano indifferentemente tanto nelle prime che nelle ultime ore, di cui lo studio venne esteso dal primo quarto alla 34ª ora.

E se diamo un'occhiata ai numeri finali delle tavole vediamo che le nostre cifre non dimostrano punto un rallentamento del polso e del respiro poichè nelle donne sane quello segna 71, questo 21. La mia conclusione collima quindi con quella del Pastorello e del Casati quantunque la media da me ottenuta sia alquanto più bassa della loro.

Una certa differenza sarebbesi notata fra le primipare e le pluripare (sane) poichè quelle danno una cifra di P. 74 e R. 22 e queste P. 71 e R. 21; il che va d'accordo con quanto a questo proposito ha ottenuto il Blot.

Tutte più elevate della media delle donne sane sono le cifre di quelle in cui il puerperio ebbe poi qualche complicanza; e difatti facendo la media delle cifre che mi risultarono pel puerperio afebbrile ma complicato a lacerazione vulvoperineale e per quello febbrile per varie cause, si ha P. 78 e R. 22.

Indipendentemente dalla normalità del puerperio il precedere la metrorragia al parto dà una elevazione maggiore nel numero dei battiti di cui la media fu in questi casi di 76, ma non nei respiri di cui la media fu 20.

Un'elevazione manifesta invece nella frequenza tanto dei battiti che dei respiri è portata dalla metrorragia post partum di cui le medie sono P. 91 e R. 26.

Concludo quindi che se per le mie osservazioni non posso ammettere come *costante* il rallentamento del polso e del respiro subito dopo il parto, credo però avvenga spesso e credo ancora che un aumento anche non notevolissimo nella loro frequenza debba far tenere riservato il pronostico sul puerperio iniziantesi. Ammetto insomma sempre esatta la frase del Levret che riflette più che altro il pronostico, ma non posso condividere l'opinione di Blot che ammette come di regola il rallentamento dopo il parto del polso e del respiro. E che posto così assolutamente questo sia un asserto clinico discutibile lo prova altresì il non essersi finora potuto stabilire con certezza quale sia la cagione del detto fenomeno. — Vediamolo con un po' di critica in proposito.

Dall' esame degli schemi sfigmografici da lui stesso raccolti, Marey crede esser causa del rallentamento l'elevazione della tensione arteriosa e soggiunge: « Una tale rarità dei battiti del cuore s' accompagnerebbe a rimbalzi multipli e pronunciatissimi del polso se la tensione arteriosa non fosse molto elevata. Non

conviene dunque attribuire questa rarità del polso ad una influenza primitivamente portata sul cuore, ma ad una modificazione della circolazione periferica, cioè la subitanea e quasi completa soppressione del circolo che si effettuava nelle pareti uterine durante la gravidanza. Retratto che siasi l'utero, il sangue che attraversava quest'organo trovando chiusa questa via si accumula nel sistema arterioso e ne risulta una tensione maggiore la quale diviene alla sua volta un ostacolo alla sistole ventricolare, onde il rallentamento temporaneo del polso. Più tardi l'equilibrio si ristabilisce. » Tale opinione che il Blot divide col Marey non sembra però accontentare del tutto neanche i suoi stessi autori, dacchè essi concludendo la dicono « una supposizione alla quale non intendono appoggiarsi. »

E bene han fatto codesta restrizione, perchè, se non erro, è quella un'ipotesi che male regge alla critica. E difatti conviene osservare che se a primo aspetto l'argomento, che il sangue accumulantesi dall'essere ristretto l'ambito circolatorio per la coartazione dell'utero abbia ad aumentare la tensione arteriosa, sembra persuasivo, esso perde fondamento se si riflette che la perdita sanguigna consecutiva al parto (talora notevole anche normalmente) toglie la possibilità di tale accumulo.

Il Marey, ho detto, paragona il rallentamento del polso successivo al parto con quello causato dall'ittero. Ma tale rallentamento non è dovuto già ad una modificazione della circolazione periferica ma ad una vera azione sul cuore, poichè la rarità del polso prodotta dagli acidi biliari sta in rapporto, secondo Röhrig, con uno stato di subparalisi dei gangli del cuore, mentre, secondo Traube, gli acidi biliari agirebbero direttamente sul muscolo cardiaco, analogamente alla digitale, la quale rallenta l'azione cardiaca e fa crescere la pressione nel sistema arterioso. Ma se non è l'essersi circoscritta la circolazione che fa rado il polso ed aumenta la tensione arteriosa, sarebbe forse un elemento analogo per azione sul cuore agli acidi biliari ed alla digitale, che è contenuto nel sangue di una donna che di recente ha partorito?

Potrebbe parere doversi cercare codesto elemento fra quelle multiformi sostanze delle quali è sì copioso e si vivace l'assorbimento nella puerpera. Barnes in un suo recente lavoro (1) pub-

---

(1) R. Barnes (di Londra), *L'ostetricia antisettica e la septicemia in ostetricia.*

blicato nell'*American Journal of obstetrics*, così descrive questo fatto: « Nella gravida l'osmosi è centrifuga, è centripeta nella puerpera. Le malattie dell' incinta sono caratterizzate dall'esagerazione di condizioni naturali; così vediamo la tensione eccessiva tradursi nell'albuminuria, nell'eclampsia e nelle emorragie della gravidanza. L'organismo *costruisce:* tutto è subordinato a questo lavorio. Non appena esso termina noi assistiamo alla *demolizione*, all'espulsione del soprappiù; l' assorbimento o l'escrezione sono divenute le forze dominanti. Senza dubbio l'assorbimento proporzionato alla necessità della costruzione si fa attivamente nella gestazione; ma questo assorbimento non rassomiglia affatto a quello dei materiali di rifiuto, che avendo adempito al loro ufficio devono essere eliminati. » È più innanzi che Barnes risponde al nostro quesito e precisamente in queste parole: « Al travaglio del parto succede uno stato di riposo, di preparazione al processo di disorganizzazione dei tessuti prodotti durante la gravidanza, ora divenuti superflui ed a quello di eliminazione degli scarti. *Tale periodo dura all'incirca* 48 *ore.* Alla fine del secondo giorno è incominciata la disgregazione nell' utero ed in altri organi: un' immensa rivoluzione s'inizia; i prodotti di questa desintegrazione sono prontamente riassorbiti e dovranno essere altrettanto prontamente escreti. L'assorbimento si risveglia, i vasi linfatici e le vene funzionano attivamente. »

L'elemento adunque che passato per assorbimento nel sangue della puerpera, analogamente agli acidi biliari produrrebbe il rallentamento del polso è immediatamente successivo al parto, e va poi gradatamente diminuendo nei giorni successivi.

Dunque neanche questa può essere la vera causa del rallentamento del polso. E nemmeno cagione di questo fatto può essere come si suppone il ritornare che fa il ventricolo sinistro ipertrofico del cuore al primitivo volume, perchè questo non può certamente compiersi nè in poche ore nè in pochi giorni.

Io penso che, dopo tutto , debba ritenersi che il rallentamento del polso subito dopo il parto quando avviene, tenga ad una estenuazione nervosa come credette il Blot prima che ne dicesse causa la deplezione sanguigna dell'utero, e fors'anche che ne sia concausa, come vuole di Dohrn la diminuzione di frequenza dei movimenti respiratori per la cessata compressione del diaframma. L'essere poi la produzione di questo abbattimento del sistema nervoso, subordinata ad una grande quantità di cause, varie per

natura e per potenza, spiega il perchè esso non si produca costantemente, come è dimostrato dalle mie osservazioni e da quelle di Pastorello e Casati.

E per vero si comprende facilmente come il diverso grado di eccitabilità della donna, la durata più o meno lunga del travaglio, i morsi uterini più o meno vivi dopo il parto, l'iscuria, debbano indipendentemente da qualsiasi azione speciale, produrre fenomeni di depressione o di eccitamento del sistema nervoso; che possono far variare la frequenza del polso e del respiro, diversamente nei singoli casi.

R. ISTITUTO OSTETRICO DI TORINO

diretto dal Prof. DOMENICO TIBONE

ANNESSO ALL' OSPIZIO DELLA MATERNITÀ

Movimento clinico dell'anno scolastico 1882-1883

(DAL DÌ 3 NOVEMBRE 1882 AL 21 LUGLIO 1883).

SEZIONE II

destinata all'istruzione pratica degli studenti in medicina.

Ricoverate	N.	215
Parti naturali	»	181
Parti artificiali	»	25
Totale dei parti	»	206
Morte	»	4

Brevi notizie sugli atti operativi.

Estrazione manuale.

N. d'ordine 33. — Pluripara (due parti prematuri artificiali) — bacino rachitico totalmente e irregolarmente ristretto — C. V. 68 — presentazione podalica — varietà natiche — feto sofferente — estrazione manuale — feto appena settimestre — asfittico non riavuto — puerperio fisiologico.

N. 119. — Pluripara — presentazione podalica varietà piedi — minaccia di asfissia del feto — estrazione manuale — feto sano — puerperio regolare.

Rivolgimento.

N. 118. — Pluripara — presentazione della spalla destra, dorso posteriore — rivolgimento — feto morto — puerperio irregolare per metrorragie da polipo placentare che venne tolto in 14ª giornata — guarigione.

N. 128. — Pluripara — bacino rachitico totalmente irregolarmente ristretto C. V. 83 — la parte anteriore del bacino corrispondente alla sinfisi pubica è molto sporgente all' indietro — leggera intraflessione dei cotili — presentazione del vertice — rivolgimento — feto vivo — puerperio regolare.

Forcipe nello scavo.

N. 40. — Primipara — vertice nello scavo — inerzia uterina — forcipe Naegele — feto vivo — puerperio regolare.

N. 80. — Pluripara — vertice nello scavo — periodo espulsivo lungo — forcipe Simpson — feto vivo — puerperio regolare.

N. 90. — Primipara — vertice allo stretto inferiore — inerzia uterina — forcipe Naegele — feto vivo — puerperio regolare.

N. 91. — Pluripara — vertice nello scavo — periodo espulsivo lungo — forcipe Naegele — feto vivo puerperio regolare.

N. 110. — Pluripara — vertice nello scavo — inerzia uterina — forcipe Simpson — feto vivo — puerperio regolare.

N. 102. — Primipara — vertice nello scavo — periodo espulsivo lungo — forcipe Simpson — feto vivo — puerperio regolare.

N. 148. — Pluripara — bacino cifotico — albuminuria grave —

provocazione del parto (metodo Krause) e rottura artificiale delle membrane — a dilatazione completa si applica il forcipe Simpson feto vivo — la donna moriva in 2ª giornata di puerperio per sincope (degenerazione grassa del cuore).

N. 154. — Primipara — vertice nello scavo — periodo espulsivo lungo — forcipe Naegele — feto vivo — puerperio regolare.

N. 156. — Primipara — vertice nello scavo — feto sofferente — forcipe Simpson ad aste di trazione — feto vivo — lacerazione di 2° grado — perineorafia — guarigione.

Forcipe allo stretto superiore.

N. 44. — Pluripara — bacino leggermente ed irregolarmente ristretto — vertice allo stretto superiore — periodo espulsivo lungo — forcipe Tarnier — feto vivo — puerperio regolare.

N. 100. — Pluripara — vertice fisso allo stretto superiore — procidenza del funicolo — forcipe Simpson ad aste di trazione — feto asfittico non riavuto — puerperio regolare.

N. 122 — Pluripara — vertice allo stretto superiore — periodo espulsivo lungo — forcipe Simpson traente nell'asse — feto vivo del peso di grammi 4280 — ripetute emottisi in puerperio (tubercolosi polmonare).

N. 144. — Primipara — bacino totalmente e irregolarmente ristretto — C. V. 86 — vertice allo stretto superiore — forcipe Simpson ad aste di trazione — feto vivo — puerperio regolare.

N. 158. — Pluripara — bacino totalmente ed irregolarmente ristretto — C. V. 95 — vertice allo stretto superiore — feto sofferente — forcipe Tarnier — feto vivo del peso di grm. 4000 — puerperio regolare.

Embriotomia.

N. 79. — Pluripara — bacino osteomalacico — entrata in clinica in travaglio con dilatazione completa e molto sofferente per lunga durata del soprapparto e viaggio lungo e disagevole — craniotomia e cranioclastia — puerperio regolare.

N. 130. — Pluripara — (feti sempre morti prima del parto) — bacino totalmente e irregolarmente ristretto — C. V. 82 — vertice fisso allo stretto superiore — dopo tentato inutilmente il forcipe — craniotomia e cranioclastia — puerperio regolare.

N. 191. — Pluripara — bacino rachitico totalmente e irregolarmente ristretto — C. V. 80 — Vertice fisso allo stretto superiore — forcipe senza risultato — craniotomia e cranioclastia — puerperio leggermente irregolare.

N. 205. — Primipara — entra in clinica agonizzante per mal dirette operazioni tentate nel suo paese — lesioni gravissime ai genitali esterni ed interni — cancrena ai genitali esterni — putrefazione avanzata del feto — la testa che è allo stretto superiore è già perforata — si applica il cranioclaste, e l' estrazione riesce facilmente — la donna muore pochi momenti dopo l'estrazione.

Interr. artificiale della gravidanza

(per scopo medico)

N. 148. — (Vedi forcipe) — albuminuria grave — provocazione del parto (metodo Krause) — feto vivo.

(per scopo ostetrico)

N. 37. — Pluripara — due parti antecedenti provocati artificialmente — bacino rachitico totalmente ed irregolarmente ri-

stretto — C. V. 68 — provocazione del parto alla fine del settimo mese (Kiwisch-Krause) — feto morto — puerperio regolare.

N. 84. — Primipara — bacino rachitico totalmente e irregolarmente ristretto — C. V. 73 — parto provocato (metodo Kiwisch-Krause) — parto gemello, l'uno pel vertice, pel podice il secondo — feti vivi — puerperio regolare.

N. 92. — Primipara — bacino rachitico totalmente e irregolarmente ristretto — C. V. 72 — parto provocato alla fine dell'ottavo mese (Kiwisch-Barnes) — feto morto — puerperio morboso per parametrite — guarigione.

Riduzione del funicolo procidente.

N. 33. — Pluripara — rottura precoce delle membrane e procidenza del funicolo — riduzione riuscita nella posizione prona e con manualità.

N. 62. — Pluripara — rottura delle membrane e procidenza del funicolo — riduzione ottenuta colla posizione laterale data alla donna e con manualità.

Perineorafia.

N. 103. — Primipara — parto naturale pel vertice — feto vivo del peso di grammi 3600 — lacerazione perineale di secondo grado — tre punti profondi di sutura e due superficiali — adesione.

N. 156. — Primipara — presentazione di vertice nello scavo — forcipe Simpson ad aste di trazione — lacerazione perineale di secondo grado — perineorafia — adesione completa.

Specchio delle morti.

N. d'ordine	N. progressivo	DATA della morte	CAUSA	OSSERVAZIONI
1	25	10 dicembre	Peritonite settica.	L'infezione esordiva durante il travaglio. La poca pratica degli allievi al principio del corso, e la presenza di numerose vegetazioni ai genitali, facilmente sanguinanti, spiegano l'insorgere dell'infezione.
2	148	7 maggio	Degener. grassa del cuore.	
3	—	12 maggio	Emorrag. intest. per degen. grassa.	Gravidanza extra-uter.
4	205	20 luglio	Colasso.	Entrata in clinica in soprapparto da 4 giorni ed agonizzante.

SEZIONE III

destinata all'istruzione pratica delle allieve levatrici.

Movimento clinico.

Ricoverate	N.	113
Parti naturali	»	103
Parti artificiali.	»	8
Totale dei parti	»	111
Morti	»	2

Brevi notizie sugli atti operativi.

Estrazione manuale.

N. 50. — Primipara — presentazione podalica incompleta varietà natiche — periodo espulsivo lungo — estrazione manuale di feto morto, macerato — puerperio regolare.

N. 75. — Primipara — presentazione podalica incompleta varietà natiche — estrazione manuale aiutata coll'uncino ottuso — feto morto del peso di grm. 4160 — puerperio regolare.

Forcipe nello scavo.

N. 19. — Primipara — vertice nello scavo — inerzia uterina — forcipe Naegele — feto vivo — puerperio morboso — guarigione.

N. 20. — Primipara — vertice nello scavo — periodo espulsivo lungo — forcipe Simpson — feto vivo — puerperio regolare.

N. 49. — Primipara — vertice nello scavo — periodo espulsivo lungo — forcipe Naegele — feto vivo — puerperio regolare.

N. 13-71. — Primipara — vertice nello scavo — periodo espulsivo lungo — forcipe Naegele — feto vivo — puerperio regolare.

Forcipe allo stretto superiore.

N. 86. — Primipara — bacino rachitico totalmente e irregolarmente ristretto — C. V. 92 — vertice allo stretto superiore — periodo espulsivo lungo — forcipe Simpson traente nell'asse — feto vivo — puerperio morboso — guarigione.

Perineorafia.

N. 86 (vedi forcipe) — lacerazione perineale di 2º grado — perineorafia — adesione.

N. 94. — Primipara — parto naturale pel vertice — lacerazione di 2º grado — tre punti di sutura incavigliata — adesione — puerperio regolare.

N. 95. — Primipara — parto naturale pel vertice — lacerazione perineale di 2º grado — tre punti di sutura profondi e due superficiali — adesione — puerperio regolare.

N. 34. — Primipara — parto naturale pel vertice — lacerazione perineale di 2º grado — tre punti profondi — adesione — puerperio regolare.

Specchio delle morti.

N. d'ordine	N. progressivo	DATA della morte	CAUSA	OSSERVAZIONI
1	83	27 maggio	Endometr. e successiva peritonite.	La causa si deve attribuire nella trasgressione alle regole di accurata nettezza delle allieve levatrici di quel turno di guardia durante il quale la donna partorì.
2	96	29 giugno	Uremia	

Riassunto del movimento clinico dell' Istituto.

Ricoverate	N. 328
Parti naturali	» 284
Parti artificiali	» 33
Totale dei parti	» 317
Morte per processi puerperali .	» 2
(corrispondenti a 6,30 per mille).	
Morte per altre cause	» 4

Torino, agosto 1883. D. Tibone.

PERSISTENZA D'IMENE AVENTE FORMA SINGOLARE

con aperture non corrispondenti e gravidanza

NOTA

del Dott. G. BASSO-ARNOUX

Nella clinica ginecologica di Firenze, diretta dal Prof. Chiara, presentavasi nello scorso luglio un caso degno d'essere registrato negli annali della scienza per la luce che apporta nel campo fisiologico e medico legale relativamente agli atti preliminari della funzione riproduttiva.

Esso vale a dimostrare chiaramente come non è necessario che lo sperma sia portato direttamente sull'orifizio uterino durante l'accoppiamento perchè avvenga la fecondazione, ed a confermare la possibile gravidanza pur conservandosi integro l'imene ancorchè il membro virile non sia penetrato in vagina.

L'esposizione genuina del fatto varrà meglio a farne comprendere l'importanza.

Certa T. R., contadina, da Tarenziano presso Firenze, d'anni 23, ben conformata, giacente al letto N. 40, ed inscritta nel registro ginecologico col N. 130. Fu mestruata a 12 anni, dopo 4 mesi di forti dolori, e quindi ebbe regolarmente i catameni fino ai primi d'aprile del volgente anno. Il 20 dello stesso mese passò a nozze ed ai primi del maggio ebbe scarso flusso per l'ultima volta.

Le continue nausee ed i conati di vomito che la tormentavano decisero il consorte ad accompagnarla alla consultazione ginecologica il 14 luglio onde avere consiglio valevole e darle quiete.

Mentre la probabilità d'una gravidanza i coniugi consideravano come conseguenza naturale del loro nuovo stato, pur tuttavia il marito lasciava trasparire il dubbio che aveva nell'animo, e finì

per confessare di non avere mai potuto compiere il ravvicinamento sessuale per dato e fatto dell'esistenza d'un ostacolo.

Si passò all'esplorazione digitale, ma l' indice veniva arrestato a 0,035 circa di distanza dalla sede ordinaria dell' ostio vulvo-vaginale da un diaframma che nella parte destra superiore appena permetteva d'immettervi l'apice della falange ungueale, lasciando pure apprezzare attraverso un cingolo la presenza d'altra membrana contro la quale urtava il polpastrello, impedito per tal guisa d' avanzarsi e di venire quindi a diretto contatto col collo uterino.

Questi setti essendo alquanto cedevoli permisero col riscontro addominale combinato di verificare l'aumento di volume dell'utero per probabilissima gravidanza.

Pertanto si credette opportuno suggerirle di farsi praticare lo sbrigliamento, proposta che il marito accettò di buon grado.

Il 28 luglio, giorno successivo alla di lei ammissione nella clinica, veniva visitata dal Professore, il quale dopo avere constatata la esistenza dell'ostacolo mediante l' esplorazione digitale ed esame collo speculum, dopo di avere diagnosticata la gravidanza mediante il riscontro rettale, passava alla esplorazione colla sonda uterina che riescì a fare penetrare in una piccolissima apertura situata nella parte superiore della duplicatura posteriore, apertura che rimaneva nascosta dalla piegatura anteriore disposta a falce per tutta la sua circonferenza.

La forma quindi di questo sepimento membranaceo era quella d'un ovoide con una apertura a bordi falciformi capace dell' immissione della falange del mignolo, avente nella faccia posteriore od interna altra membranella coi punti d'origine attorno ed a 2 o 3 mm., più in fuori dello stesso bordo tagliente suaccennato, membranella perforata in alto da un forellino che rimaneva nascosto dalla duplicatura anteriore. Per penetrare in tale piccolo foro la estremità della sonda dovette essere portata in alto colla concavità in basso e dietro il cercine che tratteneva l'avanzarsi dell'estremità del dito e più propriamente nel cul di sacco formato tutto attorno ai punti di suo distacco.

Il 2 agosto, mediante il coltellino del Sims, veniva praticata la escissione di un lembetto del cercine della ripiegatura anteriore a destra, atto operativo che permise lo avanzarsi fino alla membranella posteriore, sfondarla col dito, arrivare quindi fino al collo uterino ed apprezzare direttamente le modificazioni avvenute nell'utero per l'esistente gravidanza.

Nonostante sia da taluni consigliata l'astensione da qualsiasi atto operativo in simili circostanze per timore di disturbare il lavorio fisiologico stabilitosi nella matrice, pur tuttavia, non essendo tale l'opinione del Prof. Chiara, stante la compiacenza di quel viscere sempre quando si agisca nei limiti della sua tollerabilità, egli, sulla guida del dito medesimo che aveva sfondato la membranella posteriore, con un bisturi bottonato incideva triplicemente la ripiegatura membranacea assai spessa che ancora rimaneva, e cioè ai lati ed in basso. Rendeva così pervia per intero la via della vagina prevenendo quell'atto operativo che si sarebbe dovuto fare durante l'espulsione del prodotto del concepimento.

Per tale sbrigliamento ebbero esito mucosità dense che trovavansi accumulate nel canale vaginale.

La donna lasciò la clinica il 5 agosto trovandosi perfettamente bene in salute.

I corollari che ponno trarsi dallo studio di questa fattispecie sono tali da non lasciare dubbio di sorta sulla sua importanza.

Per essa viene sperimentalmente riconfermato:

1.º Che l'imene pur trovandosi all'orifizio vulvo-vaginale può essere situato profondamente traendo in inganno il poco esperto esploratore.

2.º Che esistendo certe forme d'imene la donna può essere vergine e gravida.

3.º Che per aver luogo la fecondazione non è necessario che lo sperma sia portato direttamente sull'orifizio uterino durante il ravvicinamento sessuale.

4.º Che gli spermatozoi prendono la via dell'utero non per caso, non per il solo movimento di propulsione loro, nè per la pretesa aspirazione dell'utero o per la capillarità, ma per molteplici circostanze associate e non ancora bene determinate.

Niun dubbio si può sollevare circa la natura e sede dell'ostacolo sebbene profondamente situato.

La mancanza delle rughe proprie della vagina nella parte anteriore del sepimento, la nessuna traccia di avanzi imenali, sono la prova la più luminosa che esclude trattarsi di divisione trasversale della vagina.

Ben si conosce come in talune giovani donne la vagina conservi la forma infantile rimanendo l'imene profondamente situato, ed obbligando a divaricare fortemente le coscie per poterlo scoprire. Ma non era questo il caso nella nostra donna: in essa

l'imene per la sua grossezza e resistenza non aveva ceduto a numerosi tentativi di coito, ed erasi perciò trovato respinto in alto alla profondità di più che 3 ctm.

Rendere di pubblica ragione questa osservazione era dovere, non potendo rimanere indifferenti dinanzi ad un fatto che coi già registrati concorre a meglio chiarire uno dei particolari più importanti della funzione di riproduzione ed a rendere meno arduo il campo giuridico delle questioni che vi si riferiscono.

Il suo studio potrà evitare ai giurati qualche verdetto erroneo.

Ai giudici qualche sentenza non equa.

Ai periti qualche giudizio fallace risparmiando loro imbarazzanti posizioni quali le riporta il Brouardel.

Dopo questo fatto verificatosi nella clinica qualche maligno non esiterebbe ad accettare la gravidanza della signora che rimaneva fecondata nel bagno per effetto dello sperma che trovandosi nell'acqua veniva introdotto nelle parti profonde della vulva e sostenere magari che la gravidanza della Vergine di Nazaret dovrebbe porsi nel novero dei fenomeni naturali se non fosse storico che Gesù aveva fratelli maggiori.

Ed è ammissibile infine che una donna molto addentro nei misteri della dea Venere, per fini particolari, possa rendersi incinta immettendosi nella vagina lo sperma dopo poco che venne eiaculato extra.

R. ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DI FIRENZE

diretto dal Prof Cav. D. CHIARA

Brevi notizie per il 2.° trimestre dell'anno 1883.

Sezione Ostetrica.

Ricoverate N. 118. — Parti naturali 103. — Parti artificiali 9. Totale 112. — Morte N. 3.

Placenta previa. — N. 3.

Estrazione manuale. — S. I. N. 114 (*) — Presentazione dell'ovoide pelvico completo — Posiz. SIDA — Periodo espulsivo lungo — Minaccia di asfissia del feto — Estrazione manuale — Feto vivo — Puerperio fisiologico.

Forcipe. — 1.ª S. L. N. 91. — Presentazione del vertice OIDP — Rottura precoce delle membrane — Periodo espulsivo lungo — Forcipe Naegele allo stretto inferiore — Feto vivo — Puerperio morboso per endometrite e piaghe difteroidee ai genitali — Guarigione.

2.ª S. I. N. 119. — Presentazione vertice OISA — Esistenza di una briglia trasversale, molto resistente, all'ostio vaginale. — Periodo espul-

---

(1) S. L. leggere *Sezione legittime*, S. I. leggere *Sezione illegittime*. La prima è destinata, con le malate di ginecologia, alla istruzione degli studenti; la seconda alla istruzione delle aspiranti levatrici.

sivo molto lungo — Applicazione del forcipe Naegele al piano perineale a rotazione compiuta — Feto vivo — Puerperio fisiologico.

3.ª S. I. N. 118. — Bacino universalmente e regolarmente ristretto — CD 10 ctm. — Presentazione vertice OIDP. — Procidenza del funicolo ombelicale — Applicazione del forcipe Naegele nella parte media dello scavo — Feto vivo — Puerperio fisiologico.

4.ª S. I. N. 57. — Presentazione vertice OISA — Periodo espulsivo lungo — Minaccia d'asfissia del feto — Inerzia assoluta dell'utero — Forcipe Naegele al piano perineale — Feto vivo — Puerperio lievemente febbrile, senza localizzazioni apparenti — Guarigione.

5.ª S. I. N. 90. — Bacino piatto rachitico — CV 74 a 76 mm. — Parto prematuro provocato (Vedi interruzione artific. della gravidanza) — Presentazione vertice — Inerzia assoluta nel periodo espulsivo — Battiti fetali rallentatisi — Forcipe Naegele nello scavo — Feto vivo — Puerperio morboso per leggera endometrite — Guarigione.

6.ª S. I. (Non avente N. nel registro). — Ammessa il 13 dicembre 1882, partorì il 31 maggio 1883 Presentaziene OIDP — Periodo espulsivo lungo — Forcipe Tarnier nella parte superiore dello scavo — Episiotomia — Feto vivo, peso 4000 grammi — Puerperio lievemente febbrile — Guarigione.

Embriotomia. — 1.ª S. L. N. 73. — Bacino piatto rachitico — CV 75 mm. — Presentazione del vertice, posizione OISA — Travaglio lungo — Feto morto — Craniotomia e cranioclastia Braun — Puerperio fisiologico.

2ª. S. L. N. 100. — Xpara. — Ammessa in clinica con fenomeni di rottura dell'utero avvenuta spontaneamente — Presentazione vertice S. A. — Testa impegnata nella parte superiore dello scavo — Feto morto — Craniotomia e cranioclastia Braun — Lavanda antisettica della cavità addominale. — Drenaggio utero-addominale — Medicatura antisettica — Morte della donna 8 ore dopo per la peritonite settica già incoata.

Interruzione artificiale della gravidanza a scopo ostetrico. — S. I. N. 90. — Bacino piatto rachitico — CV 74 a 76 mm. — La donna ricusa qualunque compenso ostetrico, fuorchè l'interruzione artificiale della gravidanza a 7 mesi — Cauterizzazioni ripetute del canal cervicale col canello di nitrato d'argento — Rottura accidentale del sacco a dilatazione incipiente — Soprapparto lungo (Vedi forcipe 5ª).

Perineorafia. — S. I. N. 128. — Lacerazione di 2° grado — Quattro punti di sutura colla seta fenicata — Riunione perfetta per 2ª intenzione.

NB. Le cause delle 3 morte sono state: tubercolosi polmonare in una, in un'altra rottura spontanea dell'utero avvenuta fuori dello stabilimento; in una sola si ebbe endometrite settica con infarti embolici nel polmone. Ed è a notare che venne ammessa in clinica all'ottavo giorno di puerperio, con febbre già molto alta, per essere liberata della placenta fortemente adesa. Fu fatto il raschiamento col cucchiaio del Simon, quindi iniezioni antisettiche intrauterine, ma non fu possibile di troncare il processo infettivo.

La mortalità dunque per sepsi puerperale si può dire, a rigore, neppure 1 per cento e contratta fuori dell'istituto. Questi risultati così soddisfacenti si devono assolutamente all'intelligente e scrupoloso metodo antisettico introdotto dal signor Prof. Chiara e scrupolosamente applicato.

Sezione Ginegologica:

Ricoverate.

Non affette da malattia degli organi genitali (isterismo)	N. 7
Per affezioni cancerose della vulva	» 2
» » della vagina e dell'utero	» 10
Per tumori benigni solidi	» 8
» cistici (o creduti tali)	» 4
Per deviazioni dell'utero: Prolasso	» 1
» » Retroversione	» 2
» » Antiflessione	» 1
Per ematocele retrouterino	» 2
Per malattie infiammatorie (metriti, parametriti e consecutive lesioni della mucosa della porzione vaginale)	» 31
Per atrofia dell'utero	» 2
Per epitelioma della mammella	» 1
Totale	N. 71

ATTI OPERATIVI

A scopo diagnostico:

Punture ed aspirazioni con l'apparecchio di Potain	N. 4
Punture semplicemente esploratrici, riuscita negativa l'aspirazione di liquidi	» 2
Totale	N. 6

A scopo terapeutico:

Iniezioni intrauterine	N. 8
Iniezioni intrauterine previa dilatazione del collo	» 2
Asportazioni di tumori della vulva	» 1
Raschiamenti del collo uterino alla Simon seguiti da cauterizzazioni col termo-cauterio Paquelin	» 2
Cauterizzazioni punteggiate o parenchimali sul collo uterino col Paquelin	» 3
Cauterizzazioni pianeggiate o superficiali . .	» 5
Ovariotomie	» 2
Escisioni del collo uterino e cauterizzazioni col Paquelin	» 1
Ablazioni di tumori uterini solidi da parte della vagina	» 2
Estirpazione di tumori delle mammelle . .	» 1
Totale	N. 27

Risultamenti degli atti operativi più importanti.

Le punture esploratrici riuscirono aspiratrici di liquido ascitico in 3, per peritonite lenta 1, per peritonite tubercolare 1, peritonite cancerosa e probabile cancro dell' ovaio 1, di liquido cistico da cistovario 1 operata in luglio. — Ebbero risultato negativo 2 punture dimostrando trattarsi di tumore solido: una partì dall' istituto 2 giorni dopo per urgenti affari di famiglia; nell' altra fu fatto un tentativo di operazione nel luglio.

Ovariotomie.

1.ª — Cisti del legamento largo destro non peduncolata — Enucleazione — Guarigione rapida.

2.ª Enorme cisti dermoide dell'ovaio destro del peso di 15 kil. — Cisti dermoide dell'ovaio sinistro incastrata, e aderente, nella piccola pelvi — Morte in 19º giorno per uremia.

Asportazione di tumori solidi dell'utero dalla vagina.

1. — Fibroma interstiziale del labbro ant. del muso di tinca grande quanto un'arancia — Incisione del tessuto uterino, poi enucleazione del tumore mediante l'écraseur.

2. — Polipo fibroso grande quanto una noce inserito sulla faccia interna del labbro anteriore del collo uterino — Torsione, poi cauterizzazione del moncone con il termocauterio Paquelin — Rapida guarigione delle due operate.

Le iniezioni endouterine di tintura alcoolica di iodio sortirono tutte ottimo e pronto successo — Le operate di raschiamento e successiva cauterizzazione attuale per carcinoma dell'utero lasciarono l'istituto notevolmente migliorate.

Il medico assistente A. Bloch.

LE PIU' RECENTI MODIFICAZIONI DEL TAGLIO CESAREO

STUDIO STORICO-CRITICO

del Dott. LUIGI MANGIAGALLI
Professore di Ostetricia nella R. Università di Sassari

(Cont. V. N. 7-8, pag. 385).

CAPITOLO II.

L'amputazione utero-ovarica cesarea ed i suoi risultati.

Ho conservato questa denominazione, perchè, pur essendo sufficientemente eufonica, esprime con precisione anatomica e chirurgica il procedimento consigliato ed attuato dal Porro, abbreviando di poco la sua dizione « amputazione utero-ovarica come complemento di taglio cesareo » senza nuocere alla chiarezza (1). In omaggio all'autore del metodo operativo potrebbe essere chiamata anche semplicemente operazione Porro, se non fosse cattivo precetto di classazione medico-chirurgica il chiamare gli atti operativi da chi li propose od attuò ed i morbi da chi li descrisse od illustrò per il primo, quando è possibile il precisarli con linguaggio anatomico. Avverte il Tempesti che « tali denominazioni costituiscono una vera anomalia nella nomenclatura generale la quale deve riguardare le cose e non le persone per quanto benemerite della scienza (2) ». La storia imparziale dispensiera di lodi darà egualmente all'ostetrico italiano il merito che gli spetta. D'altra parte se la denominazione di operazione Porro compendia

(1) Cito ancora come dizioni proposte od usitate ed esatte quelle di ovaro-isterectomia cesarea, di ooforo-isterectomia cesarea, di isteraferesi cesarea.

(2) *Sull'imbarbarimento del linguaggio medico in Italia.* Lettera del Dottor Giovanni Carlo Tempesti al Prof. Angiolo Filippi. — *Bullettino delle Scienze Mediche*, giugno 1883.

il concetto essenziale che informa l'atto operativo, essa non si potrebbe estendere a quei casi in cui l'operatore si discostò più o meno dal piano operativo da lui proposto e seguito.

Ma quali casi dovremo noi comprendere sotto la denominazione sopra accennata? Se l'amputazione utero-ovarica deve essere il complemento del taglio cesareo mi pare evidente la risposta: noi dovremo comprendere con essa tutti quei casi nei quali, praticata la gastro-isterotomia allo scopo di estrarre il prodotto del concepimento dall'utero attraverso una via aperta dall'arte, si è poi proceduto all'amputazione del viscere e delle sue appendici. Se quindi, a mo' d'esempio, in un determinato caso di fibromi dell'utero, noi siamo indotti a praticare l'amputazione sopra-vaginale dell'utero in causa della sintomatologia grave provocata dai tumori, e l'utero fosse nello stesso tempo gravido di due, tre, quattro mesi, certamente che questo caso non dovrà appartenere alla categoria nostra: in realtà noi pratichiamo la laparotomia non come atto preparatorio ad aprire una via artificiale al prodotto del concepimento ma sibbene a praticare la isterectomia sopra-vaginale in causa dei fibromi senza punto preoccuparci della gravidanza che è accidentale ed assume una importanza secondaria, poichè noi operiamo anzi malgrado di essa. Esclusi perciò dalla mia statistica il caso di Barnes, uno di Wasseige, quello di Kaltenbach, e qualche altro. Talvolta può darsi per contro che pur essendo appena entrato il feto nel periodo della sua viabilità od anche non avendolo ancora raggiunto, la donna sia in travaglio e, per quanto piccolo il feto, sia così grande l'ostacolo meccanico da impedire la liberazione per le vie naturali. Allora è la necessità di aprire una via artificiale al prodotto del concepimento che ci spinge ad aprire il cavo peritoneale e quindi il cavo uterino, sia o non sia vitale il feto, e se tali casi sono seguiti dalla amputazione utero-ovarica non so vedere perchè non debbano appartenere alla categoria dei casi che qui si contempla.

Lo stesso concetto fondamentale mi indusse a comprendere nel quadro statistico delle operazioni cesaree col metodo Porro quei casi in cui praticata la gastro-isterotomia allo scopo di estrarre il prodotto del concepimento dalla emicavità di un uterus duplex ovvero dal corno di un utero bicorne, si procedette dopo amputando quella sezione di utero in cui trovavasi il feto. Dal punto di vista del concetto operativo fondamentale niuna differenza infatti, per quanto possano esservene nel tecnicismo, che la riten-

zione avvenga in un utero regolarmente conformato, ovvero in un suo rudimento molto sviluppato. Nel caso di Litzmann, p. es., la diagnosi fatta di probabilità soltanto dopo l'esame del viscere amputato, diviene certa all'autopsia, ma intanto di deliberato proposito si era attuato il concetto di Porro colla modificazione di Müller onde allontanare il focolaio di decomposizione dato dalla ritenzione di un feto putrefatto, inamovibile od amovibile con maggior pericolo per le vie naturali. Il semplice fatto che all'autopsia si trovò un utero mal conformato non può bastare a farlo cancellare dal nostro quadro statistico quantunque e per la specialità del caso e per la singolarità della indicazione questo caso ed i congeneri debbano fornire argomento di esame critico, Lo stesso dicasi del caso di Salin, colla differenza, come vedremo, che in esso il peduncolo venne affondato e l'operatore si decise alla laparotomia nell'ipotesi di una gravidanza extra-uterina. Egli è evidente che l'attuale statistica di operazioni Porro, come alcuni vorrebbero chiamarle, comprende casi che sono molto disformi per indicazioni e per particolarità di processo operativo, e sotto quel nome dovrebbero comprendersi soltanto i casi in cui si segui almeno nelle parti principali il metodo ideato dall'autore che è calcato pressochè alla lettera sul metodo di Péan per l'amputazione sopravaginale dell'utero: i casi stessi operati col processo di Müller dovrebbero fare, secondo alcuni, una categoria a sè. È questa anche la ragione per cui a capo di questo secondo capitolo ho messo la denominazione più comprensiva di amputazione cesarea utero-ovarica. Noi avremo campo più tardi ad analizzare i casi secondo il loro diverso valore. Intanto essendomi attenuto, nella esposizione dei fatti, all'ordine cronologico, debbo proseguire piuttosto nell'esame dei criterii da cui venne motivata l'esclusione di alcuni casi. Mi paiono ovvie per es. le ragioni per cui dalla nostra classificazione dovessero venirne esclusi i casi di rottura completa dell'utero con passaggio del feto nel cavo peritoneale. Con ciò non contesto che in casi eccezionalissimi, quelli di rottura del fondo, l'amputazione sopravaginale dell'utero possa avere una ragionevole indicazione. Nelle rotture a sede ordinaria, quale è già preveduta dallo studio anatomico del viscere gestante e quale è determinata dall'esperienza clinica, i recenti splendidi risultati ottenuti mediante l'estrazione per le vie naturali, susseguita dal drenaggio, devono avviare gli ostetrici per questa via quando il grado della stenosi pelvica lo permetta.

Non così dovrebbe essere di quei casi in cui, aperto il ventre e punto o inciso l'utero gravido o accidentalmente o perchè creduto una ciste ovarica e dilatata l'apertura onde estrarre il prodotto del concepimento, l' operatore si decidesse, fatto avvertito dell'errore, ad amputare l'utero e le ovaie. In questo caso l'errore lo avrebbe condotto al dilemma di dover scegliere tra il taglio cesareo classico e quello modificato dal Porro, e logica vuole che tali casi debbano figurare come unità nelle statistiche che ci danno i risultati di confronto fra l'uno e l'altro metodo operativo. Di tali casi si vociferò, ma nessuno pervenne a mia notizia in modo autentico. Nel caso di Spencer Wells venne punto l'utero gravido durante una ovariotomia, ma, estratto il prodotto del concepimento dall'ampliata apertura, questa venne chiusa mediante sutura a sopragitto e l'operata guarì. Il Reimann (1) invece in seguito a diagnosi errata, praticata la laparotomia, punse un utero gravido creduto una cisti ovarica, e solo allora fatto conscio dell'errore si decise però per la sutura e sfortunatamente la donna soccombette al 3° dì. Due volte invece si procedette alla laparotomia nel falso supposto di una gravidanza extrauterina. Il Salin, aperto il peritoneo, corresse l'errore diagnostico ed accertatosi della gravidanza in un utero bicorne amputò il corno gravido. Il Warren per contro non fu fatto accorto dell'errore che dall'esame del pezzo esportato, ed il peduncolo venne affondato. Ad ogni modo diedi posto ad esso nella mia statistica, tanto più che esso può fornire argomento ad importanti considerazioni riguardo alla condotta che deve seguire l' ostetrico nei casi consimili a quelli accennati. Essendo però stato affondato il peduncolo e l'una e l'altra osservazione possono servire soltanto come contributo allo studio del trattamento endo-peritoneale dopo la amputazione cesarea utero-ovarica, anzichè a determinare il grado di mortalità del taglio cesareo col metodo Porro.

Quanto poi ai casi in cui, praticato il taglio cesareo, fatta eccezione del caso poc'anzi avvenuto di Warren, nel quale il laccio venne a cadere sulla vagina, si procedette alla estirpazione totale dell' utero, cosa non praticata sinora che quando l'utero era contemporaneamente affetto da carcinoma, ne viene da tale procedimento così profondamente modificato il tecnicismo opera-

---

(1) *Centralblatt f. Gynaek.*, N. 15, 1882.

tivo e la prognosi così sfavorevolmente influenzata ed il concetto del Porro di non lasciare l'utero ferito nel cavo addominale dopo il taglio cesareo viene talmente assorbito dall'altro più vasto di esportare in totalità il viscere *perchè affetto da cancro*, che essi debbono indubbiamente collocarsi in una classe affatto speciale. Pure per i punti di contatto che essi hanno coll'argomento che ci occupa ne farò parola a tempo opportuno, obbligatovi anche dal fatto che fuvvi chi propose tale metodo operatorio come metodo generale da seguirsi nei casi di taglio cesareo.

Chiariti così i concetti che mi guidarono nel raccogliere e nell'ordinare i casi conosciuti, passerò all'esposizione di essi. Nè certo nel raccoglierli presumo di avere raggiunto l'esattezza assoluta: essa era più facile a desiderarsi che a raggiungersi. Difficoltà varie e molteplici vi si opponevano. Molti casi non furono pubblicati e la riluttanza di alcuni operatori non permise di avere di alcuni di essi notizie precise, e se alcune statistiche antecedenti potevano servire ad aumentare il numero dei casi esse servivano pur anche a propagare errori che si riversavano di memoria in memoria. Alcuni casi non mai esistiti fecero per esempio il giro di parecchie statistiche, ed alcune di queste redatte sotto forma di quadri non permettevano di avere notizie abbastanza esatte dei casi inediti. Se quindi non sarò completo ho però la convinzione di avere depurato alcune statistiche antecedenti da parecchie inesattezze e da parecchi errori e di essermi almeno avvicinato a quell'ideale che lo scrittore coscienzioso deve prefiggersi. Non ho perciò raccolto che i casi di cui avevo notizia autentica o per lettura dei lavori originali in cui erano riportati o per lettere avute, o per cenni preventivi raccolti nei diversi giornali, e citai sempre le fonti a cui attinsi le notizie: non poche osservazioni da me riferite sono ancora inedite. — L'aver ommesso alcuni casi e l'avere invece compreso nella mia statistica alcuni altri che con criterii diversi da quelli che mi hanno guidato, potrebbero esserne esclusi, non possono mutare sostanzialmente i risultati avuti, tanto più che i casi non vennero soltanto numerati ma anche analizzati e vagliati.

OSSERVAZIONI

I. — Edoardo Porro (21 maggio 1876) Clinica Ostetrica di Pavia. Feto vivo — Madre guarita.

Il giorno 27 aprile 1876 entrava nella Clinica ostetrica dell'Università di Pavia certa Giulia Cavallini, d'anni 25, nativa di Adria, domiciliata a Gambolò. Ipara: rachitica, alta metri 1,48. Fr. Sp. 22. Fr. Cr. 22. Circonferenza pelvica 72. C. D. 70 mm. La metà destra dello stretto superiore poteva considerarsi totalmente obliterata. Distanza sacro-cotiloidea di sinistra mm. 40. Alle 10 ant. del 21 maggio colarono le acque a collo non ancora scomparso. Alle 4,51 pom. si dà principio all'atto operativo, previa cloro-narcosi: dieresi col coltello: emorragia notevole. La placenta è inserita sul fondo. Per la costrizione si servì del serranodi di Cintrat, e onde impedire lo scivolamento ulteriore all'inbasso dell'ansa metallica, la fece appoggiare sull'ovaio sinistro. Drenaggio addomino vaginale in corrispondenza dello spazio di Douglas. Sutura attorcigliata delle pareti addominali mediante filo d'argento. Il moncone uterino venne pennellato con percloruro di ferro. Il serranodi venne mantenuto in sede. Rivoluzione lattea il 24 maggio. Il 25 maggio cadono la parte gangrenata ed il serranodi stato stretto a più riprese nei giorni antecedenti. Il decorso ulteriore fu tempestoso e molto protratto, ma l'arte finì col trionfare di tutte le complicanze.

Il peso dell'utero era di 640 grammi.

La donna soccombeva due anni più tardi nello stesso paese di Gambolò ad un ileo-tifo senza che il Prof. Porro ne fosse avvertito e fosse così in grado di praticare l'autopsia della donna in cui per la prima volta pensatamente si era fatto seguire al taglio cesareo l'amputazione utero-ovarica sopra-vaginale (1).

---

(1) L. c.

II. — Giovanni Inzani (3 gennaio 1877)
Feto vivo — madre morta.

La donna era incinta del quarto figlio e gli altri tre parti erano stati spontanei. D'anni 28, in travaglio di parto da due giorni, in condizioni generali miserrime. L'ostacolo al parto era dato da un tumore maligno che partiva dall'ischio destro e ostruiva il distretto pelvico inferiore. Il taglio cadde sulla inserzione placentare; estratto il feto e sgusciato l'utero venne allacciato con un filo metallico alla regione cervicale e strozzato con un serranodi. Applicato il drenaggio nello spazio del Douglas venne fatta una sutura profonda incavigliata, metallica e nodosa superficiale. Il punto inferiore comprese il peduncolo che fu toccato col percloruro di ferro liquido. La donna soccombette tre giorni dopo di peritonite (1).

III. — Hegar (28 marzo 1877) — Freiburg. Clinica ostetrica.
Bambino vivo — madre morta.

La ragione che spinse Hegar ad operare fu il felice esito di una amputazione sopravaginale per fibromi di un utero puerperale. Le principali particolarità dell'atto operativo possono essere così compendiate: donna d'anni 32 con cifosi lombare e bacino notevolmente deformato e ristretto. Dolori di 4 giorni non ebbero nessuna influenza nè sulla dilatazione del collo, nè sull'impegno del capo. Al quarto giorno un accesso eclampsico, mentre già nella gravidanza l'esame delle urine rilevava in esse albumina, epitelii, cilindri. L'utero venne inciso in sede. Estratto il bambino, coll'ago fisso di Péan si trafisse l'utero al disopra dell'orificio interno, facendo passare un doppio filo metallico e sdoppiatolo se ne strinsero i capi a destra ed a sinistra con due serranodi: al disopra venne applicata anche la catena dell'écraseur. Il moncone venne assicurato con due aghi lanceolati. Come mezzo antisettico si adoperò l'acqua clorata. Al 3° giorno sintomi conclamati di peritonite settica: allora si introducono due tubi di

---

(1) Calderini Giovanni. *Quarta nota sull'argomento dell'amputazione cesarea utero-ovarica. Gazzetta delle Cliniche,* N. 20, 1879.

drenaggio nello spazio di Douglas ed uno per ciascuna regione lombare, evacuandosi così per essi una grande quantità di essudato torbido. Morte il 1º aprile. L'autopsia, oltre la peritonite, dimostrò l'atrofia di ambo i reni (1).

IV. — Gerolamo Previtali (25 aprile 1877) Bergamo
Bambino morto — madre morta.

Il Dott. Perolio, pubblicando il proprio caso, ne dà i seguenti particolari.

« Era una donna di un villaggio della provincia di Bergamo abbastanza lontano, soffriva da cinque giorni infruttuosamente le doglie del parto. Riusciti vani i ripetuti tentativi per liberarla venne trasportata all'ospedale di Bergamo, dove giunse compassionevolmente sofferente, deperita e sfinita di forze. Sottoposta in condizioni tanto deplorevoli all'operazione cesarea con amputazione utero-ovarica, soccombeva dopo 30 ore per esaurimento vitale. »

Così il Perolio: in un colloquio che lo scrivente ebbe poi col Dottor Previtali ne ebbe la promessa di veder pubblicati tutti e quattro i suoi casi unitamente ad alcune considerazioni sul taglio cesareo classico che il Previtali aveva avuto occasione di praticare 20 volte ottenendo solo un successo favorevole. La pubblicazione non comparve sinora: dai ricordi del colloquio posso trarre soltanto che tutti e quattro i casi si presentavano in condizioni molto cattive, facendo già presagire l'esito avuto. Essi saranno indicati al posto dato loro dall'ordine cronologico secondo i dati fornitimi dal Dott. Ulietti di Bergamo.

V. — Spaeth (22 giugno 1877). Maternità di Vienna.
Bambino vivo — Madre salva.

Donna gravida per la 10ª volta, d'anni 40, vicina al termine normale della gravidanza, gravidanza semplice. Feto vivo in presentazione trasversale. I tre ultimi parti erano stati terminati con operazioni embriotomiche. La pelvi si presentava così deformata e ristretta

---

(1) Dorff. *Zur Casuistik des Kaiserschnittes nach der Methode von Porro. Centralblatt f. Gynaekologie*, N. 11, 1879.

dall'osteomalacia, da non ritenere in alcun modo possibile il passaggio del feto per le vie naturali e indicata quindi in modo assoluto la sezione cesarea. Condizioni generali della donna affatto miserabili. Il 22 giugno 1877 s'iniziò il travaglio: alla visita pomeridiana l'assistente avvertì che fluiva del liquido amniotico; le contrazioni per altro erano ancora deboli, la presentazione trasversale erasi convertita in presentazione del vertice, seconda posizione. Alla sera le contrazioni divennero più energiche e l'orificio divenne accessibile a tre dita. Cloroformizzata allora la donna venne operata colle cautele listeriane. *Prima di accingersi all'operazione si praticò una injezione ipodermica di ergotina*, onde assicurare le contrazioni uterine: ciò malgrado fuvvi una emorragia infrenabile per cui fu decisa tosto la esportazione dell'utero che venne praticata mediante l'*écraseur* di Chassaignac modificato da Billroth: la catena cadde in corrispondenza dell'orificio interno, *lasciando al disotto dell'ansa di costrizione le ovaie che rimasero quindi nell'addome.* Il moncone venne condotto all'angolo inferiore della ferita. Vennero collocati quattro tubi di drenaggio due nello spazio di Douglas e due più in alto nel cavo addominale a destra ed a sinistra. *Sutura nodosa con fili di seta.* Il decorso fu apiretico. Il bambino morì il 10 settembre per catarro intestinale.

VI. — Spaeth (3 settembre 1877). Maternità di Vienna. Bambino premorto — Madre morta.

Donna d'anni 29, osteomalacica; essa viene trasportata in Clinica dopo due giorni dalla rottura delle membrane: al momento della sua accettazione T. 37°, 8, P. 84, nutrizione estremamente deteriorata, utero contratto tetanicamente, feto in presentazione di vertice, prima posizione, non si avvertono i toni cardiaci del feto, è indicata in modo assoluto la sezione cesarea per l'estrema strettezza. Utero inciso in sede, placenta inserita sulla parete anteriore, talchè il 3º superiore del taglio cade nel suo dominio, emorragia, rapida estrazione del feto, onde non aumentare l'emorragia col distacco della placenta, si tenta di estrarre tosto l'utero unitamente a questa, ma non vi si riesce per il suo grosso volume. Costrizione mediante l'écraseur: questa volta le ovaie restano al disopra della catena; fissato il moncone all'esterno

con un lungo ago: drenaggio. Morte in settima giornata per peritonite (1).

VII. — Carlo Braun (5 settembre 1877). Maternità di Vienna.
Feto vivo — Madre morta.

Donna osteomalacica, tessitrice, d'anni 40, pluripara. Ebbe 6 parti a termine normali e facili, un settimo terminato colla versione per presentazione trasversale del feto che venne vivo il 3 maggio 1876. È da questo anno che data l'inizio della malattia. La viziatura pelvica è di 3° grado: la donna è operata in travaglio a dilatazione di 3 ctm. a membrane integre. Utero inciso in sede. L'atto operativo venne condotto secondo le norme listeriane. La costrizione venne fatta mediante l'écraseur. Morte in 3ª giornata per peritonite settica. Aggiungasi che nei giorni sopravvissuti si ebbe due volte dal moncone una lieve emorragia (2).

VIII. — Domenico Chiara (16 dicembre 1877). Maternità di Milano.
Bambino vivo — Madre morta.

Ipara, d'anni 37, rachitica in alto grado. Circonferenza pelvica 170 mm. Cotili introflessi Fr. Sp. 220, Fr. C. 170. Microcorda sin. 20, Microcorda destra 27. C. V. 42 mm.

L'operazione venne praticata fuori travaglio circondandola di tutte le cautele antisettiche. L'incisione cadde sulla inserzione placentare. Per la costrizione si fece uso del serranodi di Cintrat, mantenendolo in sede e fissandolo alla coscia sinistra. Drenaggio dello spazio di Douglas. Sutura metallica delle pareti addominali. Pennellatura del moncone con percloruro di ferro. Nei giorni successivi stringimento graduale del serranodi onde accelerare la caduta del moncone. Di tempo in tempo è agitata da dolori, da stiramenti lombari e ombe-

---

(1) Wiener Medizinische Wochenschrift, 1878, N. 4, 7, 11, 13.

(2) Pawlik. *Zwei fälle von Sectio caesarea mit Extirpation des Uterus* (*Wiener Medizinische Wochenschrift*, N. 2 e 3, 1879) e Welponer. *Contribuzione alla statistica della ovaro-isterotomia cesarea metodo Porro.* — (*Lo Sperimentale*, giugno 1879).

licali, da conati di vomito, ma la temperatura al 21 dicembre non aveva mai oltrepassato i 38°. In detto giorno verso le 2 pom. « presa « da vomito più forte si pone improvvisamente a sedere dopo aver « flesso le coscie per fare appoggio coi piedi, questo rapido moto « spinge con forza il serranodi fisso alla coscia sinistra contro il « moncone e lo fa rientrare totalmente nel cavo addominale rompendo « le formate aderenze. » L'operatore arriva un'ora dopo la produzione dell'accidente, tira all'esterno il moncone e stringe l'angolo inferiore della ferita che si era slabbrato con un punto di sutura, ma bentosto si presenta e si va aggravando il quadro del collasso e la morte avviene alla 1 ant. del 22. Niun segno di peritonite all'autopsia e l'esame della pelvi conferma la pelvimetria fatta in vita (1).

IX. — P. Müller (4 febbraio 1878). Clinica di Berna. Feto premorto — madre salva.

E. Ruegg-Staehlin, d'anni 37, osteomalacica, VIpara: 6 anni prima nel corso della 3ª gravidanza si iniziarono i sintomi della osteomalacia. I cinque parti antecedenti furono spontanei. Al mattino del 1º febbraio scolano spontaneamente le acque. Il 4 febbraio malgrado l'insistenza dei dolori il travaglio non è punto progredito. Timpanismo uterino. T. 39,2, P. 136. Pelvi inestensibile. Alle 8 pom. si procede all'atto operativo nella nebbia fenica. Sgusciato l'utero dalla ferita addominale sufficientemente estesa, applicò attorno alla cervice uterina un'ansa metallica che strinse col costrittore di Maisonneuve. Circondato allora l'utero di spugne onde impedire ogni versamento del contenuto uterino nel cavo addominale, praticò l'incisione uterina senza averne la benchè minima emorragia ed evacuando liquido amniotico decomposto unitamente a molti gaz fetenti ed estraendo il feto putrefatto del peso di grm. 3000 e la placenta. Il moncone venne assicurato alle pareti addominali mediante tre punti di sutura per ciascun lato e fra la parete posteriore di esso e l'ultimo punto venne introdotto un tubo di drenaggio. — Guarigione.

Il 1º dicembre dello stesso anno la Ruegg moriva nella Clinica ginecologica ove era stata ricoverata per gravi disturbi endo-pol-

---

(1) Fatti e commenti clinici. *Tre casi di amputazione cesarea dell'utero.* (*Annali Universali di Medicina.* Novembre 1878).

monari. L'autopsia dava il seguente reperto: ipertrofia eccentrica di ambo i ventricoli, insufficienza relativa della mitrale: trombosi del ventricolo sinistro. Embolia delle arterie polmonari, infarti polmonari, atelectasia del lobo inferiore sinistro, milza congesta, infarti nei reni, osteomalacia, fegato noce moscata.

Il moncone uterino lungo 2 ctm. circa dello spessore del dito non è attaccato alla parete addominale, ma riposa sulla superficie posteriore della vescica alla quale è solidamente aderente (1).

X. — Ferdinando Franzolini (11 aprile 1878). Ospedale Civile di Udine.

Madre morta — feti vivi.

Donna d'anni 25, gravida in 9° mese, anasarcatica, dispnoica per edema polmonare. Si diè mano tosto ai mezzi idonei a provocare il parto, doccia calda uterina, iniezioni ipodermiche di ergotina e finalmente rottura del sacco; ma l'utero rimase quasi inerte e intanto alla sera dello stesso giorno la donna si era fatta agonizzante. Tre partiti allora si affacciavano all'operatore: praticare il parto forzato, eseguire il taglio cesareo subito dopo la morte della donna, eseguirlo immediatamente sulla donna agonizzante per avere maggiori probabilità di salvare il feto e nella speranza che diminuendo la pressione endo-addominale mediante lo svuotamento dell'utero venisse a migliorarne l'edema polmonare. Venne abbracciato quest'ultimo. L'emorragia imponente seguita alla incisione uterina indusse l'operatore ad applicare un tubo di gomma sulla cervice dell'utero, esercitando con un doppio giro di quello una energica costrizione ed esportando quindi utero ed ovaie. Il moncone venne fissato all'angolo inferiore della ferita lasciando pendere al di fuori i due estremi del tubo elastico. La donna moriva 36 ore dopo per l'edema bronco-polmonare. I due feti estratti vivi morirono entro un'ora (2).

---

(1) P. Müller. *Der moderne Kaiserschnitt, seine Berechtignug und seine Stellung unter den geburtshülflichen operationen.* Berlin 1882.

(2) Ferdinando Franzolini. Contributo alla ovariotomia ed alla laparo-isterotomia in Italia. — *Giornale Veneto di Scienze Mediche,* Febbraio 1879.

XI. — Adolfo Wasseige (14 aprile 1878). Liegi. — Scuola di San Barnaba.

Feto vivo — Madre salva.

Giuseppina Moyse, Ipara, rachitica, diametro promonto-pubico utile 4 ctm.; in travaglio da 18 ore. L'operazione venne circondata di tutte le cautele antisettiche. L'utero è inciso in sede. Costrizione del cono cervicale mediante l'écraseur. Il moncone si fissa attraversandolo con un ago ed è cauterizzato con una soluzione di cloruro di zinco all'8 per cento. Tubo di drenaggio nel cul di sacco di Douglas. Pareti riunite mediante quattro punti di sutura incavigliata e punti superficiali staccati con filo d'argento.

Peso dell'utero e degli annessi grm. 765 (1).

XII. — Carlo Braun (10 maggio 1878). Maternità di Vienna.

Feto vivo — Madre salva.

Ipara, d'anni 26, rachitica, alta m. 1,26. Fr. Sp. 20. Fr. Cr. 22. 5. C. V. valutata in 50 mm. La microcorda sinistra offre spazio appena sufficiente per un dito. Quella di destra misura 40-50 mm. Venne operata a travaglio iniziato. — Non essendo riuscita la manovra di Müller, l'utero venne inciso in sede. Per la costrizione si adoperò l'écraseur. Il moncone venne pennellato mediante una soluzione di cloruro di zinco (2).

XIII. — Domenico Chiara (22 maggio 1878). Maternità di Milano.

Feto vivo — madre morta.

IIIpara, d'anni 23, pelvi rachitica universalmente ed irregolarmente ristretta. Circonferenza pelvica 730. Fr. Sp. 225. Fr. Cr. 210. C. V. 58 mm. Microcorda 60 mm. Il 1º parto venne provocato alla metà

---

(1) Adolphe Wasseige. *De l'opération césarienne, suivie de l'amputation utero-ovarique. methode Porro.* — Bruxelles 1878. Si veda anche il suo *Trattato sulle operazioni ostetriche* già citato.

2) L. c.

del 6º mese. Il 2º parto fu pure abortivo ma spontaneo ebbe luogo nel corso del 3º mese. L'operazione venne praticata a 6 ctm. di dilatazione; l'incisione addominale di 14 ctm. da 4 dita sopra il pube oltrepassava di 6 dita circa la linea ombelicale. Sgusciamento dell'utero integro. Incisione col termo cauterio di Paquelin ed estrazione del feto e degli annessi. Trafitto il cono cervico-uterino con un trequarti nel senso antero-posteriore vi si passano due fili di ferro che si stringono mediante due serranodi segmentando così il moncone in due porzioni. Drenaggio addomino-vaginale. L'utero esportato pesava 650 grammi. Morte in 4ª giornata per peritonite (1).

XIV. — Domenico Tibone (28 maggio 1878). Torino. — Clinica Ostetrica.

Feto vivo — Madre morta.

Ipara, rachitica, d'anni 27, alta m. 1,12. Fr. Sp. 222. Fr. Cr. 232. C. D. 70. C. V. 57. Microcorda sinistra 40 mm. — Venne operata in travaglio a dilatazione di 2 ctm. Si ruppero le membrane per la via della vagina, indi si diede principio all'operazione. Cloronarcosi. Si estrae l'utero integro eseguendo il procedimento di Müller, ma ciò con qualche difficoltà e dovendo prima estendere l'incisione fino a 18 ctm. Placenta inserita sul fondo. Durante l'atto operativo si abbandona l'idea dell'affondamento previa legatura col catgut che aveva avuto un principio di esecuzione. La costrizione la si esercita col costrittore di Cintrat. Indi a fissare il moncone lo si attraversa al disotto dell'ansa metallica con due aghi lanceolati. La ferita addominale la si chiuse colla sutura attorcigliata. Morte alle 4 pom. del giorno successivo per peritonite (2).

XV. — Litzmann. (14 giugno 1878). — Kiel.

Bambino vivo — Morte della madre.

IIpara, d'anni 29, con bacino universalmente ristretto, piatto, assimetrico con una C. V. di 70-73 mm. Il 1º parto 2 anni prima erasi

(1) L. c,

(2) Tibone. *Ricordi sopra quattro casi di taglio cesareo e clinica esposizione di un caso di istero-ovariotomia cesarea per distocia pelvica da rachitismo.* (*Ann. di Ostet. Gin. e Pediatria.* Marzo 1879).

terminato colla craniotomia dopo ripetuti infruttuosi tentativi col forcipe. Il 12 giugno 1878 alle 3 ant. rottura delle membrane senza precedenti dolori; 5 ore più tardi, in carrozza, venne condotta alla Clinica. La vagina normalmente lunga, stretta, termina in alto a fondo cieco; essa, specialmente a destra, è percorsa da numerosi cordoni cicatriziali. Non riesce a spingere una sonda attraverso l'apertura scavata nel fondo: anche il canale cervicale è avvolto da tessuto cicatriziale. I dolori sono deboli e rari per quel giorno e il giorno successivo: il 14 i cordoni cicatriziali della vagina si sono fatti più cedevoli, il capo è sempre libero, a mezzogiorno i dolori si sono fatti più intensi. T. 38,4, alle 3 operazione. Estrazione dell'utero integro. Si applica un tubo di gomma attorno alla cervice indi si incide l'utero. Bambino asfittico rianimato. Legatura isolata del legamento largo di destra. Il moncone è segmentato ed affondato. Il 19 essendovi fenomeni conclamati di sepsi si riapre l'addome e si pratica una lavatura con una soluzione fenica al 4 per cento ed il drenaggio addomino-vaginale, ma in breve sussegue la morte.

La parte strozzata del moncone uterino apparve all'autopsia uniformemente e fortemente infiltrata emorragicamente ed una parte dei vasi è riempita di trombi. Al taglio presentava una colorazione rosso pallida uniforme e la consistenza di caoutchouk molle. Le singole legature stringevano con nodi ben assicurati le parti di tessuto abbracciate ma in modo che per la maggior parte di esse fra il filo e la marcia (matsch) sostanza uterina si poteva insinuare una sonda sottile. Una sezione verticale del moncone uterino mostrava ancora conservato il suo lume (1).

XVI. — Augusto Breisky (9 luglio 1878). Clinica di Praga. Feto vivo — Madre salva.

Ipara, d'anni 32, alta m. 1,43: scoliosi toracica inferiore destroconvessa, lieve cifosi. Le vertebre lombari inferiori ed il sacro offrono una lordo scoliosi sinistro convessa. Distanza sacro-cotiloidea sinistra eguale a due dita. C. V. 62-67 mm. Bacino universalmente ristretto, piatto, assimetrico, rachitico. Doglie lievi e scolo di liquido amniotico.

---

(1) Litzmann. *Beitrag zur Statistik des Kaiserschnittes nach Porro. (Centralblat f. Gynaeh*, N. 1, 1879).

Operazione colle norme listeriane. Si estrae l'utero prima della incisione. Costrizione col serranodi di Cintrat nel quale si passano due fili. Fenomeni di collasso all'atto dello stringere. Aperto rapidamente l'utero ne viene estratto un bambino leggermente asfittico presto rianimato. Un'ansa si rompe e l'altra sfugge, per cui emorragia che è frenata da una rapida compressione digitale. Nuova apposizione di due legature. Drenaggio accanto al costrittore lasciato in sede all'angolo inferiore della ferita (1).

XVII. — Adolfo Wasseige (3 agosto 1878). Liegi.
Feto vivo — Madre morta.

Ipara, rachitica, alta un metro, d'anni 21, a termine di gravidanza, in travaglio dalla notte antecedente. Diametro antero-posteriore due ctm. e mezzo, le distanze sacro-cotiloidee misurano 1 ctm e $^3/_4$. Non riuscendo la manovra di Müller l'utero è inciso in sede. La catena dell'écraseur all'atto della costrizione, seziona in parte il tessuto uterino, donde una emorragia grave che si frena gettando al disotto della catena un'ansa metallica stretta col costrittore di Cintrat. — L'operazione venne circondata colle cautele listeriane. Il moncone è fissato all'angolo inferiore della ferita mediante un punto con filo d'argento e cauterizzato col termo-cauterio di Paquelin. Tubo di drenaggio nello spazio di Douglas. La donna soccombe in 3ª giornata per le conseguenze della emorragia (2).

XVIII. — Carlo Perolio (23 agosto 1878). Brescia - Maternità.
Feto vivo — Madre salva.

Ipara, d'anni 25, rachitica, alta m. 1,19. Fr. Sp. 21.6, Fr. Cr. 21.6 ctm., C. V. 65 mm. Alla mattina del 23 agosto la levatrice avvertiva l'ostetrico come alla mezzanotte circa la ricoverata perdesse le acque senza doglie antecedenti. Venne operata alle 3. 30 pom. L'utero venne inciso in sede. Per la costrizione si fece uso del serranodi di Cintrat

---

(1) Breisky. *Zur Discussion über Porro's Methode des Kaiserschnittes (Arch. f. Gynaek.* Bd. XIV. H. 1).

(2) Ad. Wasseige. *Deuxième observation d'operation césarienne, methode Porro et description d'un nouveau constricteur* (Bruxelles, 1878) e l. c.

e perchè l'ansa non scivolasse all'inbasso, s'infisse come punto di appoggio un lungo spillo nel punto stabilito per lo strozzamento. Drenaggio addomino-vaginale. Sutura delle pareti addominali mediante filo d'argento. Il costrittore venne fissato alla coscia destra ed il moncone venne pennellato con percloruro di ferro (1).

XIX. — Hubert Riedinger (16 settembre 1878). Brünn - Maternità. Feto vivo — Madre salva.

Ipara, d'anni 33, alta m. 1,38. Fr. Sp. 25. Fr. Cr. 26. Circonferenza pelvica 74,5 ctm. C. D. 73. C. V. 55 mm. Bacino rachitico universalmente ristretto. Gravidanza verso il termine, due settimane prima di questo, alle 10 di sera del 15 settembre insorsero le prime doglie; il 16 settembre per equivoco e per ordine male inteso, alle 3 pom. vennero rotte le membrane dalla levatrice: alle 12 venne praticato l'atto operativo. L'utero venne inciso in sede. Applicazione dell'ansa metallica mediante un costrittore. Fissazione mediante due punti di cucitura con filo doppio di seta. Tubo di drenagglo nella tasca di Douglas. — Cinque giorni più tardi essendo venuti in scena sintomi di setticemia si riapre il ventre allontanando il 3° ed il 4° punto: separate le labbra della ferita, il dito introdotto nel cavo addominale trovò dappertutto le cause intestinali agglutinate fra loro e colle pareti addominali, e non evacuandosi con ciò alcun essudato peritoneale e pensando allora che questo fosse profondo, introdusse a destra ed a sinistra verso le regioni lombari un tubo di drenaggio senza alcun risultato. Ma intanto per queste manipolazioni anche il 1° e 2° punto si staccano e sgorga allora una lieve quantità di fluido fetente: da allora data il miglioramento seguito poi dalla guarigione (2).

---

(1) Carlo Perolio. *Un'altra guarita di operazione cesarea con amputazione utero-ovarica* (Brescia 1879).

(2) Hubert Riedinger. *Sectio caesarea nach Porro mit günstigem Erfolge.* — *Wiener Medizinische Wochenscrift,* N. 20 e 21, 1879.

XX. — H. Fehling. — Stuttgart (7 ottobre 1878).
Feto vivo — Madre morta.

Ipara, d'anni 30, alta m. 1,32. Bacino pseudo-osteomalacico. La parte inferiore delle vertebre lombari e la parte superiore del sacro sono così affondate nella pelvi ed avvicinate all'arco pelvico anteriore che la coniugata ostetrica viene a trovarsi fra la sinfisi e la quarta vertebra lombare. Tutta la parte destra della pelvi presenta un arresto di sviluppo. Al punto di unione della branca ascendente dell'ischio e discendente del pube di destra havvi un'infrazione. Sp. 23,3. Cr. 26,1. C. ostetrica 5,4. Utero sgusciato dalla ferita addominale, la quale si estendeva da 4 ctm. sopra la sinfisi pubica a 4 ctm. sopra la cicatrice ombelicale. Stretto il cono cervico-uterino col tubo elastico di Esmarch passò alla incisione dell'utero ed alla estrazione del feto, il quale lievemente asfittico venne tosto rianimato. Per la costrizione si fece uso di un clamp di Spencer Wells. Morte per peritonite settica in 5ª giornata. L'atto operativo era stato circondato da tutte le cautele antisettiche (1)

XXI. — Domenico Chiara (19 ottobre 1878). Maternità di Milano.
Feto vivo — Madre salva.

Donna osteomalacica, d'anni 43, VIIpara. I parti antecedenti furono spontanei, l'ultimo però laboriosissimo cinque anni prima. Il 18 ottobre si inizia il travaglio, il giorno 19 le doglie si sono fatte più frequenti e più incalzanti, ma senza effetto, per cui constatata l'impossibilità del parto spontaneo venne trasportata all'Ospizio, e lungo la strada colano le acque. Nella narcosi cloroformica si constata la non dilatabilità della pelvi. Feto vivo in presentazione di spalla. L'atto operativo venne circondato di tutte le cautele antisettiche ed eseguito nella nebbia fenica. Utero inciso in sede. Per la costrizione si fece uso dell'écraseur. Non drenaggio. — Trasfissione del peduncolo con grosso e lungo ago (2).

---

(1) H. Fehling. *Zwei geburtshülfliche Abhandlungen.* 1, *Ein Kaiserschnitt mit Extirpation des Uterus und der Ovarien (Porro) bei einem pseudo-osteomalakischen Becken nebst anatomischen Würdigung desselben.* (*Würthemberger med. Correspondenzbl,* N. 17. fl.).

(2) D. Chiara. L. c. e *La ovaro-isterectomia cesarea* (*Ann. di Ostetricia Gin. e Pediatria*, gennaio 1879).

XXII. — Gustavo Braun (13 dicembre 1878). Vienna - Maternità.
Bambino vivo — Madre morta.

Ipara, d'anni 30: i dolori erano cominciati il giorno 12 al mattino ed alle 4,30 dello stesso giorno erano colate le acque. Alta m. 1,17. Sp. 22,5. Cr. 25,5. Circonferenza pelvica 86. Microcorda destra 55 mm. Microcorda sinistra 65, C. V. 55. Orificio esterno dilatato a 2 ctm. Membrane integre. Estrazione dell'utero intatto. Applicazione sul cono cervico uterino della catena dell'écraseur, indi incisione dell'utero ed estrazione di un feto asfittico che venne rianimato. Morte in 4ª giornata. *Epicrisi:* diffusa peritonite purulenta. Meningite siero-purulenta alla convessità del cervello. Rachitide con consecutiva microsomia (1).

XXIII. — Previtali (31 ottobre 1878). Bergamo.
Feto morto — Madre morta.

La donna era primipara e rachitica.

XXIV. — Domenico Tibone (17 gennaio 1879). Torino. — Clinica Ostetrica.
Feto vivo — Madre sopravvissuta all'atto operativo, morta consecutivamente per le conseguenze dell'atto operativo.

Esempio Caterina, di professione sarta, d'anni 30, Ipara, con bacino rachitico totalmente ed irregolarmente ristretto, C. V. 50 mm.: al momento dell'operazione era in sopraparto da due giorni e mezzo, le membrane però erano ancora integre. Consecutivamente fistole intestinali per lesione traumatica dell' intestino, cresciuta essendo notevolmente la pressione addominale per meteorismo contro i fili metallici della sutura. Morte della donna il 14 aprile 1880 (2).

---

(1) G. Braun. *Ueber Amputation des Uterus und der Ovarien als Ergänzung des Kaiserschnittes (methode nach Porro). Wiener Medizinische Wochenschrift,* 1879, N. 12, 13, 15, 16.

(2) Comunicazione epistolare.

XXV. — A. Fochier (2 febbraio 1879). Lione - Maternità.
Feto vivo — Madre salva.

Ipara, d'anni 33. È importante il fatto come l'osteomalacia abbia preceduto di molti anni questa prima gravidanza. Deformazione pelvica di altissimo grado. L'operazione venne circondata con tutte le cautele listeriane ed eseguita a membrane ancora integre. Utero inciso in sede. La costrizione venne fatta col serranodi di Cintrat. Al disopra della prima legatura si traversa il peduncolo con un'ansa di filo di ferro guidata da un forte ago: recisa l'ansa si hanno così due anse secondarie colle quali si esercitano due costrizioni laterali. I capi dei fili di ferro sono mantenuti lunghi e formano così tre speroni di sostegno. Oltre a ciò si attraversa il peduncolo anche con un ago. Riunione delle pareti mediante sutura profonda incavigliata e sutura superficiale a punti staccati (1).

XXVI. — Paolo Coggi (11 febbraio 1879). Cremona - Ospedale.
Bambino vivo — Madre morta.

Ipara, d'anni 30, alta m. 1,29. Lo scheletro è piccolo ed armonico con traccie di rachitismo. Fr. Sp. 21, Fr. Cr. 20,5. C. D. 80, C. V. 65. Listerismo rigoroso. Inciso l'utero in sede. Per la costrizione si fa uso del serranodi di Cintrat. Si trafigge il moncone al disopra dell'ansa mediante un ago di Péan, di cui si protegge la punta mediante una pallottola di cera. Il serranodi viene fissato alla coscia sinistra. Non drenaggio. Il moncone è pennellato col percloruro di ferro. Peso dell'utero grm. 787. Morte in 8ª giornata per peritonite. Il bambino nato vivo muore il 18 febbraio ed all'autopsia si verificò la mancanza del setto interauricolare (2).

---

(1) A. Fochier. *Sur un cas d'amputation utero-ovarique.* (*Archives de Tocologie.* Octobre et novembre 1879).

(2) Sacchi Pericle. *Alcune osservazioni ostetriche.* (*Ann. di Ost. Gin. e Ped.*, Maggio 1880).

XXVII. — Tarnier (24 febbraio 1879). Neuilly. Casa di Salute. Feto premorto — Madre morta.

Ipara, d'anni 33, di buona conformazione scheletrica. Un enorme tumore fibroso riempie lo scavo e respinge il collo dell'utero in alto ed all'avanti dietro il corpo del pube ove è difficilmente accessibile al dito. Un altro tumore fibroso meno voluminoso occupa la parete laterale sinistra dell'utero. Il 17 febbraio si rompono spontaneamente le membrane e ne sgorga liquido amniotico tinto di meconio. Il 24 febbraio il feto è morto, il tumore si è mantenuto immobile, l'ammalata presenta i sintomi di una infezione settica ed è in tali condizioni che si procede all'atto operativo, nella nebbia fenica. Prima di incidere l'utero lo si estrae dal cavo addominale, ed una legatura è gettata da ciascun lato sui legamenti larghi: dall'utero inciso sfuggono in gran copia gaz fetenti e si estrae il feto e la placenta putrefatti. Siccome il voluminoso fibroma si opponeva al peduncolamento del viscere venne prima svuotato nella sua parte centrale applicando poi l'ansa metallica col costrittore di Cintrat in modo che il guscio del tumore rimanesse al disopra di esso. Il moncone venne fissato mediante un'asta passata al disopra dell'ansa. Sutura delle pareti addominali con filo d'argento. La donna soccombeva tre giorni dopo per setticoemia (1).

XXVIII. — Domenico Tibone (1 maggio 1879). Torino - Clinica. Feto vivo — Madre morta.

Ipara, alta m. 1,22 con bacino rachitico totalmente ed irregolarmente ristretto. C. V. 45 mm. Operazione in travaglio a membrane integre, a collo quasi interamente dilatato. La fuoruscita di molte anse intestinali disturbò molto l'atto operativo. Morte in 2ª giornata per peritonite (2).

---

(1) Tarnier. *Matériaux pour servir à l'histoire de l'amputation utero-ovarique. — Deux observations, l'une suivie de mort, l'autre de guérison.* (*Annales de gynécologie,* aout 1879).

(2) Comunicazione epistolare.

XXIX. — Giovanni Peyretti (20 marzo 1879). Torino - Maternità. Feto vivo — Madre morta.

Ipara, rachitica, alta m. 1,10: spazio sacro-cotiloideo destro 45 mm. a sinistra lo spazio utile è completamente abolito. Branche pubiche avvicinate e perciò la C. V. di 67 la si valuta come spazio utile in 40 mm. Operata in travaglio: utero inciso in sede. Per la costrizione si fa uso del serranodi di Cintrat. La sutura delle pareti la si fa con filo di seta. Pennellatura del moncone con percloruro di ferro: il serranodi fu fissato alla coscia destra, due punti con catgut comprendono a sinistra porzione della pelle e del moncone. L'atto operativo venne circondato colle cautele listeriane. Peso dell'utero grm. 600. Morte in 10ª giornata per tetano (1).

XXX. — Tarnier (20 marzo 1879). Parigi - Maternità. Feto premorto — Madre salva.

Ipara, d'anni 36, rachitica: inizio del travaglio il 16, rottura delle membrane il 18: all'ingresso in Clinica il collo aveva ancora una certa larghezza, scolo di meconio. Ascoltazione negativa. Bacino rachitico pseudo-osteomalacico. C. D. 60 mm. L'atto operativo venne fatto nella nebbia fenica. Utero inciso in sede. Costrizione mediante il serranodi di Cintrat: al disopra di quest'ansa si trafigge il moncone mediante un'asta di acciaio ed al disopra di questa si colloca una seconda ansa metallica. Utero del peso di grm. 850 (2).

XXXI. — Carlo Braun (8 aprile 1879). Vienna - Maternità. Bambino vivo — Madre salva.

Ipara, rachitica, d'anni 25, alta m. 1,35. Fr. Sp. 27. Fr. Cr. 28,5. Circonferenza pelvica 82 ctm. C. D. 80 mm. Doppio promontorio. —

---

(1) Giovanni Peyretti. *Taglio cesareo con amputazione utero ovarica per gravissima ristrettezza pelvica da rachitide, feto vivente, morte della madre al 10° giorno per tetano*, Torino 1879.

(2) Tarnier. Loc. cit.

Microcorda sinistra 50 mm. Microcorda destra 60. C. V. valutata in 60 mm. Nella notte del 31 marzo scolo di liquido amniotico non preceduto da dolori. Non riuscito il processo di Müller, si incise l'utero in sede. Fu degno di nota che la testa non potè essere rapidamente estratta perchè era strettamente abbracciata dall'orificio interno e non cedette alle trazioni finchè l'orificio interno non venne inciso colle forbici. Per la costrizione si fece uso dell'écraseur Péan-Billroth, trapassando il moncone al disopra della catena con un ago. — Tubi di drenaggio al davanti ed al di dietro dell'utero. Sacchetti gessosi bituminosi sul peduncolo (1).

XXXIII. — Previtali (3 maggio 1879). Bergamo.
Feto vivo — Madre morta.

XXXIV. — Giuseppe Berruti (16 maggio 1879). Torino — Casa privata.
Feto vivo — Madre salva.

Ipara, rachitica, d'anni 32, alta m. 1,03. C. V. 54 mm. Il travaglio s'iniziò prematuramente di 12-15 giorni nella notte dal 15 al 16 maggio colla rottura spontanea delle membrane. Si opera a travaglio francamente avviato alle 5,30 pom. del 16. — Utero inciso in sede. Perforato l'apice del cono in corrispondenza dell'istmo con un trequarti si fecero passare per esso due cordoncini di seta coi quali si strozzò in due il peduncolo. Le arterie uterine diedero sangue ed allora al disotto si abbracciò in massa il peduncolo con un'ansa metallica che si strinse col serranodo di Koeberle, un robusto punto di sutura assicurò il peduncolo alle pareti addominali. L'atto operativo venne praticato nella nebbia fenica. Peso dell'utero grm. 710 (2).

---

(1) Pawlik. *Drei Fälle von Sectio caesarea mit Extirpation des Uterus.* (*Wiener Medizinische Wochenschrift*, N. 10 und Forsetzungen, 1880).

(2) G. Berruti. *Osservazione di amputazione cesarea utero-ovarica.* Lettera al Prof. Chiara (*Ann. di Ostetricia*, giugno 1879). — Idem. *Operazione cesarea con amputazione dell'utero e delle ovaie*, Torino, 1879.

XXXIV. — Carlo Braun (25 maggio 1879). Vienna - Maternità. Bambino vivo — Madre morta.

Ipara, rachitica, nana, alta m 1,16, d'anni 26: nel viaggio a Vienna si rompono le membrane a mezzogiorno e giunge alla Clinica alle 9 $^1/_2$ p. del 25. La bocca uterina è accessibile a due dita. Circonferenza pelvica 72. Fr. Cr. 24,5. Fr. Sp. 21,5. C. V. valutata 5 ctm. Vertice in 1ª posizione. L'operazione è praticata a mezzanotte. Utero inciso in sede. Per il rapido stringimento della catena questa penetrava nel tessuto: il peritoneo reciso venne tosto afferrato con pinze e al disotto si applicò l'apparecchio di Vorstädter. Il 29 maggio essendo in scena fenomeni settici, alla 1 pom. si riapre il cavo addominale nella narcosi cloroformica. Nessun essudato liquido. Irrigazione con soluzione di thymol all'uno per mille; 12 ore più tardi morte. Epicrisi: rachitis micromelica, peritonite (1).

XXXV. — Luigi Mangiagalli (19 giugno 1879). Milano - Maternità. Feto vivo — Madre salva.

Ipara, d'anni 24. Pelvi pseudo-osteomalacica. C. D. 72-75 mm. Microcorda destra 40-45 mm., microcorda sinistra 35-40 mm. Branche orizzontali del pube introflesse. Scolo precoce delle acque tinte di meconio. Operazione nella nebbia fenica. Utero inciso in sede. Emorragia notevole. Costrizione mediante il serranodi di Cintrat; mediante un'asta lanceolata a punta mobile si trafisse la parete addominale ed il moncone e quindi con un cordoncino di seta si fecero alcuni giri a cifra otto. Si ebbe cura di raccogliere diligentemente il peritoneo parietale onde questo venisse a trovarsi a contatto col viscerale del peduncolo nella speranza di un pronto coalito per l'affrontamento di due superficie sierose. Omesso il drenaggio si leva il costrittore in 3ª giornata. Cotone antisettico al percloruro di ferro sul moncone. Sutura metallica delle pareti. Utero del peso di grm. 800 (2).

---

(1) Pawlick. L. c.

(2) L. Mangiagalli. *Osservazione di amputazione cesarea utero-ovarica (metodo Porro) con esito felice per il bambino e per la madre. (Ann. di Ost., Gin. e Ped.*, settembre 1879).

XXXVI. — Carlo Braun (20 giugno 1879). Vienna - Maternità.
Bambino vivo — Madre salva.

Ipara, d'anni 23, alta m. 1,42, rachitica con scheletro atrofico. — Circonferenza pelvica 75 ctm. Fr. Sp. 25. Fr. Cr. 26. Doppio promontorio. C. V. 50 mm. Microcorda sinistra 55 mm. Microcorda destro 60. Operata nell'inizio del travaglio. Utero inciso in sede. Estratto l'utero si applica provvisoriamente sul cono cervico-uterino un tubo di gomma indi lo si stringe coll'écraseur. Dopo un decorso febbrile prolungato la donna guarì ma presentando forme psichiche accentuate, la cui diagnosi fu così compendiata: demenza subacuta primaria su base anemica in individuo esaurito da grave atto operativo (1).

XXXVII. — D. Chiara (28 agosto 1879). Milano - Maternità.
Bambino vivo — Madre salva.

IIpara, d'anni 34, operata nel 1878 di cefalotrissia per stenosi pelvica da rachitismo. Il puerperio fu tempestoso e la stenosi pelvica restò complicata da stenosi cicatriziale del canale vulvo-uterino. — C. V. 60 mm. Venne operata fuori di travaglio nella nebbia fenica. Utero inciso in sede. Placenta inserita sul fondo e sulla parte alta della parete anteriore. La costrizione si pratica col serranodi di Cintrat che poi si rimuove: il moncone si fissa trafiggendo con un ago moncone e pareti, riunendo con qualche punto di sutura il peritoneo parietale e viscerale. Utero del peso di grm. 650 (2).

XXXVIII. — Lucas-Championnière (19 novembre 1879). Parigi. - Maternità.
Bambino vivo — Madre salva.

Ipara, d'anni 26, alta m. 1,25. Bacino rachitico con una C. D. di 73 mm. Operata all'inizio del travaglio a membrane integre, con tutte

---

(1) Pawlick. L. c.

(2) D. Chiara. *La quinta ovaro-isterotomia cesarea (metodo Porro) con esito felice per la madre e per il bambino.* - Lettera al Dott. Cav. Giuseppe Berruti. (*Ann. di Ostetricia*, ecc. Ottobre 1879).

le cautele listeriane. Utero inciso in sede. Estratto il feto dall'utero e l'utero dal cavo addominale si trafigge il cono cervicale con due aste di acciaio, l'una dall'innanzi all'indietro, l'altra trasversalmente; un'ansa metallica è collocata al disotto di esse e stretta col serranodi di Cintrat, una seconda ansa è collocata fra le aste. Si pennella il moncone col percloruro di ferro. Il bambino muore per convulsioni in 13ª giornata (1).

XXXIX. — Lucas-Championnière (6 dicembre 1879). Parigi. — Maternità.

Feto vivo — Madre morta.

Ipara, d'anni 28, alta m. 1,31. Bacino rachitico con una C. D. di 65 mm. Operata all'inizio del travaglio con tutte le cautele listeriane. Utero inciso *in situ*. Placenta inserita sulla faccia anteriore ed in alto. Costrizione mediante il serranodi di Cintrat. Pennellatura del moncone col percloruro di ferro. Peso dell'utero esciso grm. 600. — Morte in 2ª giornata. È degno di nota il decorso avutosi in questo caso in confronto col reperto negativo dell'autopsia. — L'operazione venne fatta alle 4 pom.: alla sera la paziente è agitata e si lagna per poco di dolori violenti nell'addome. La temperatura è di 37,8, indi dorme parte della notte di un sonno tranquillo: alle 2 antimer. del 7 T. 38,2, indi più tardi 39,2; non nausea, non vomito: alle 5,55 pom. agitazione vivissima, T. 41,1: un'ora dopo agitazione estrema ed un attacco di isteria, alle 7 coma profondo, pupille contratte, faccia e palpebre tumide, T. 41,5. Alla 1 del mattino morte, qualche minuto prima la temperatura era di 42,8. All'autopsia nessuna traccia di peritonite, peduncolo solidamente fissato, niuna compressione degli ureteri, tutti i visceri sani (2).

---

(1) Charles Maygrier. *Etude sur l'opération de Porro* — Paris, 1880. A. Delahaye et L. Lecrosnier, Libraires Editeurs.

(2) Maygrier. L. c.

XL. — Lucas-Championnière (30 dicembre 1879). Parigi - Ospedale Necker.

Bambino vivo. — Madre salva.

Ipara, d'anni 23, alta m. 1,30, rachitica. C. D. 67 mm.; i primi dolori dalle 5 ant. del 29 alle 9 pom. del 30, operazione ad acque colate a collo largamente dilatato, circondandola di tutte le cautele listeriane. Incisione addominale molto elevata talchè il bellico si trova ad 8 ctm. da' suoi estremi. Utero inciso in sede. Emorragia considerevole. Il cono cervicale è trafitto con due aste, un'ansa collocata fra esse, una al disopra (1).

XLI. — Hausner (2 gennaio 1880). Barmen - Ospedale.

Bambino premorto — Madre morta.

Ipara, a termine di gravidanza. Al suo ingresso nell'Ospedale i dolori erano cominciati da 60 ore, le acque colate da 48. Alta m. 1,40, rachitica. — Fr. Sp. 24, Fr. Cr. 26 e mezzo C. V. 50 millimetri. — Il funicolo non pulsante era prolabente fuori della vagina. Operazione con tutte le cautele antisettiche. Previo prolungamento della incisione addominale riuscì sgusciare l'utero intatto: attorno ad esso all'altezza dell'orificio interno si pose un forte filo di rame passato nel costrittore di Maissoneuve, in modo che ovaie e tube fossero al disopra dell'ansa: questa la si serrò modicamente onde non comprendere nel moncone il funicolo prolabente. Inciso l'utero si estrasse feto ed annessi già in via di putrefazione. Non si potè però impedire che un po' del contenuto uterino si versasse nel cavo addominale. Stretta ancora l'ansa metallica si recise l'utero; ma dopo volendosi fare un altro giro di costrizione per maggior sicurezza l'ansa si ruppe e ne seguì un'emorragia enorme dal moncone per quanto si cercasse di comprimerlo colle dita e per quanto rapidamente si applicassero delle pinze emostatiche che si richiesero in numero di 10. Venne dopo collocata e stretta attorno al moncone una forte ansa di filo d'argento. Morte in 3º giorno per collasso (2).

---

(1) Maygrier. L. c.

(2) Aly. *Ein ungünstig verlaufener Fall von Kaiserschnitt nach Porro. (Centralblatt f, Gynaek*, N. 7, 1880).

XLII. — Previtali (9 gennaio 1880). Bergamo.
Bambino morto — Madre morta.

All' ingresso nella Maternità la donna era in travaglio da 24 ore, il bambino nacque asfittico ma non si riescì a rianimarlo.

XLIII. — Valtorta (11 gennaio 1880). Maternità di Venezia.
Feto premorto — Madre morta.

Ne fu soggetto una donna d'anni 26, di abituale buona salute con pelvi ristretta in 2º grado per rachitide sofferta nella prima sua età, che non le permise di camminare che a 4 anni. Al solo vederla pareva non avesse contratti difetti nello scheletro, perchè conservava diritte le gambe e la colonna vertebrale e le coste nella loro regolare curvatura: ma era rimasta piccola della persona, aveva i femori corti, una notevole insellatura alla base del sacro e la pelvi, come dissi, ristretta, tale avendola dimostrata e l' andamento di altri tre parti sostenuti, tutti laboriosissimi ed artificiali, e la misurazione più volte ripetuta dalla quale risultò sempre il coniugato mancante di 3 ctm. e mezzo.

I due primi parti li terminò nella mia Clinica ove fu accettata a gravidanza matura ed a travaglio incominciato. Nel primo essendo presentate le natiche e la donna ancora alla sua abitazione, furono da due ostetrici fatti ripetutamente inutili tentativi per riuscire nella estrazione. Inviata alla Clinica a feto morto estrassi prima coll'uncino ottuso le natiche e procedendo con difficoltà e lentezza nel resto dell'estrazione giunsi alle spalle e disimpegnai anche le braccia, ma non mi fu possibile poi di afferrare la testa nemmeno col forcipe tanto essa era alta e angusto lo spazio. Praticata allora la detroncazione introdussi il cefalotribo, ma nemmeno con questo, benchè schiacciata la testa, riuscii a toglierla dal distretto superiore. Divisala infine col forcipe-sega di Vanhuvel diedi termine al parto.

Nel secondo parto era presentato l'occipite e quando la donna ricorse alla Clinica erano da più ore scolate le acque. Attesi pazientemente il tempo opportuno ed applicai poscia il forcipe ordinario senza ottenere vantaggi ad onta di ripetute e prolungate trazioni. Consta-

tata la morte del feto perforai la testa collo strumento di Levret e feci poi nuove trazioni col forcipe lasciato in sito, ma sempre inutilmente. Anche in questo caso dovetti dar mano al forcipe-sega, e con esso soltanto riuscii a liberare la donna. Ambidue i puerperii passarono felici e tutte due le volte la puerpera abbandonò la Clinica in 14ª giornata perfettamente sana.

Il terzo parto fu provocato ad arte nel 7° mese di gravidanza da valenti ostetrici fuori della Clinica, nella speranza di averne un feto vivente: ma anche questo dovette compirsi artificialmente e con difficoltà perchè, quantunque presentate le natiche, non fu possibile ottenere la naturale espulsione, ed il feto morì durante le esercitate manovre.

Ora gravida per la 4ª volta e giunta all'8° mese, trovandosi ancora alla sua abitazione le scoppiò inopinatamente il sacco delle acque e solo tre giorni dopo, a quanto venne riferito, cominciarono le doglie. Apertosi l'orificio dell'utero fu riconosciuta la presentazione della spalla sinistra in posizione cefalo-iliaca destra. Consigliata, non so da chi, in sulle prime la donna non volle accettare la proposta di passare alla Clinica, per cui a domicilio furono fatti parecchi tentativi di rivolgimento dagli ostetrici che assunsero di assistere il parto, ma senza risultato. La paziente si decise allora di farsi trasportare alla Clinica, ove giunse col feto già morto, col braccio sinistro pendente dalla vulva e con un trombo sanguigno della grossezza di un uovo di gallina al labbro pudendo destro. Io non azzardai ad introdurre le mani nell'utero, perchè le aveva gonfie da geloni, in più luoghi anche aperti, per cui dopo alcune ore di riposo, allo scopo di ristorare frattanto le forze della donna, incaricai l'assistente Dott. Marta, che aveva eseguito prima gli accennati tentativi a domicilio, di ritentare il rivolgimento sotto l'azione del cloroformio me presente ed il chirurgo primario Dott. Vigna il quale cortesemente accettò il mio invito di giovarmi del suo consiglio. Riconosciuta inutile anche la nuova prova, decisi il Dott. Marta di passare all'embriotomia. La ristrettezza dello spazio e la forte contrazione dell'utero che teneva compresso il feto contro il distretto superiore non lasciarono campo che a stentate manovre, per cui, dopo amputate le due braccia e tentata senza risultato la decollazione (della cui difficoltà mi accertai io stesso introducendo in vagina la mano meno ammalata) consigliai l'assistente di desistere da ulteriori maneggi per non portare all'estremo l'abbattimento della donna stanca da doppio travaglio sostenuto a domicilio e nella Clinica e che trovavasi allora da oltre due ore sotto l'azione anestetica del cloroformio.

Quanto finora esposi non fa parte è vero dell'operazione finale che intendo ora narrare, ma serve a giustificarla nella sua indicazione e nel suo esito sgraziatamente fatale.

A liberare la donna non restava che il *taglio cesareo* e poichè trattavasi di una pelvi per quadruplice prova dimostrata inetta a dare passaggio ad un feto maturo e vivente e nemmeno suscettibile di essere utilizzata col parto prematuro artificiale, pensai tosto a farlo seguire e completare dalla amputazione utero-ovarica metodo Porro. Avvicinate le due operazioni sono pienamente convinto e pei ragionamenti del Porro stesso e pei risultati delle consimili amputazioni finora eseguite, che si salva un maggior numero di madri che non col semplice classico taglio cesareo. Nella certezza che per quella pelvi nessun feto vivente poteva venire alla luce e sempre con grave pericolo anche della madre, il solo taglio cesareo, se pur prodigiosamente riusciva, avrebbe risparmiata una donna nella possibilità di esporsi a nuovi parti per essa estremamente pericolosi e sicura del sacrifizio di quanti altri feti avesse potuto concepire; completato invece coll'utero-ovariotomia, per quanto esigua, lasciava pure una maggior probabilità di salvezza della donna e togliendo ad essa ogni possibilità di nuovi concepimenti, toglieva ad un tempo la possibilità di sacrificare altri feti.

Appoggiato a tali considerazioni benchè emettessi un pronostico riservatissimo, perchè lo intraprendeva sotto gli auspici più tristi mi decisi pel taglio cesareo seguito dall' utero-ovariotomia, confortato nella grave deliberazione solo perchè memore della poca vulnerabilità dimostrata dalla paziente nei laboriosissimi parti pregressi da essa sostenuti quasi senza reazione.

Convennero meco col loro rispettato parere i chirurghi primari dell'ospitale Dott. Vigna e Dott. Vecelli, che mi assistettero poi efficacemente durante l'operazione, ed il Prof. Vanzetti, il quale onorandomi della sua presenza, di che ne vado orgoglioso, mi soccorse col valido suo consiglio. Ad essi devo speciali ed i più sentiti ringraziamenti. Come ringrazio il Dott. Marta per avermi risparmiate le faticose e ben dirette sue prestazioni prima dell' operazione, per forza maggiore non riuscite e per la parte da esso presa nell' operazione stessa quale assistente nella R. Scuola, e ringrazio gli altri medici e chirurghi secondari dell' ospitale pella volontaria e intelligente loro cooperazione nel dirigere e sorvegliare l' anestesia col cloroformio, nell' attendere alla polverizzazione fenica, nel servizio degli istrumenti, ecc.

L'operazione fu eseguita nella sala della Clinica destinata ai parti, dispiacente di non aver potuto disporre di nessun'altra più igienica e la volli eseguire io stesso benchè impacciato nelle mani pella ragione suaccennata. Pensai che pel taglio cesareo non occorre introdurle tanto ripetutamente e con difficoltà in parti ristrette come pel rivolgimento e pella embriotomia, e mi vi accinsi abbandonando ogni riguardo, rispettati solo rigorosamente quelli prescritti dal Lister.

Compiuta l'anestesia della paziente e destinato ad ognuno il proprio posto e le proprie incombenze, feci la polizia delle pareti addominali con soluzione fenica. Apersi poscia la ferita nel ventre che diressi lungo la linea alba e dovetti estendere a 17 ctm., avendo preferito di tagliar l'utero fuori del ventre — Fatta la legatura dei pochi vasi che davano sangue, estrassi l'utero integro dal cavo addominale, e poi, per più comodamente riuscire nella legatura del peduncolo, lo apersi e lo vuotai del feto e della seconda. Ciò fatto legai strettamente con doppio nodo il peduncolo all'inserzione dell'utero colla vagina comprendendo nella legatura piccola parte del collo. Infine passai all'amputazione dell'utero in unione alle ovaja poco sopra la fatta legatura.

Praticata poi con diligenza la polizia della cavità del ventre ne chiusi la breccia con sette punti di cucitura nodosa profonda comprendendo anche il peritoneo e cinque di superficiali fermando il moncone del peduncolo nell'angolo inferiore della ferita.

Ogni atto operativo come la successiva medicatura e la fasciatura furono circondati da tutte le precauzioni del Lister. Nè emorragia di importanza, nè verun altro accidente turbò il regolare andamento dell'operazione che durò un'ora.

La donna scossa dal sonno artificiale trovossi in sufficiente relativo benessere; ma tale stato, illusoriamente confortante, fu di assai breve durata, perchè poche ore dopo apparsi conati di vomito, sotto i quali accusava ottuso addolentamento del ventre, si aggravò profondamente l'abbattimento generale. Gli analettici ed eccitanti prescritti a nulla giovarono. Non ci fu reazione marcata, i polsi si fecero bensì gradatamente più celeri ma sempre più deboli. Un repentino abbassamento di temperatura ed i polsi filiformi annunciarono la prossima morte che successe 35 ore e $^1/_2$ dopo l'eseguita operazione.

All'autopsia si trovò iperemico il peritoneo parietale e viscerale, poca quantità di siero purulento nel cavo pelvico, scarsissimo essudato fibrinoso alla superficie del moncone del peduncolo ed una leggiera lacerazione verso il fornice posteriore della vagina interessante soltanto lo strato mucoso. Nel resto nulla degno di nota.

L'operata morì più che di peritonite di esaurimento vitale, che fu la conseguenza ineluttabile dei tanti atti operativi sostenuti, la maggior parte anche sotto l'azione troppo ripetuta e troppo prolungata del cloroformio.

Se questa donna si fosse decisa e fosse entrata nella Clinica appena scolate le acque a feto ancor vivente, vergine di forze e non manomessa da ostetriche prove, d'altronde indicatissime finchè si voleva risparmiare il taglio cesareo, porto opinione che l'operazione del Porro eseguita in quelle condizioni, come io aveva divisato, e sarebbe stata meglio indicata ed avrebbe avuto un brillante e completo successo. Ma così praticata in quelle infelicissime circostanze, ebbe l'esito che le conveniva — infelicissimo — il quale però non mi sorprese e fu anzi preveduto. Nel momento favorevole non ero padrone del campo; la fatalità nella successione dei fatti mi condusse forzatamente all'estremo del taglio cesareo. Fin qui sono a cercarsi le cause della morte; l'operazione complementare del Porro non vi ebbe parte perchè fu troppo celere nè sorsero accidenti nella sua esecuzione. Se mi fossi arrestato al taglio cesareo, l'utero ferito rimasto nel ventre avrebbe lasciato più elementi a fatali conseguenze che non il solo moncone fissato all'esterno.

Il peso dell'utero amputato colle ovaja era di 1 lib. met.

Il peso del feto di met. lib. 1 grm. 870 — la sua lunghezza dal vertice ai calcagni di ctm. 48, dal vertice all'anello ombelicale di ctm. 28.

La coniugata vera della pelvi misurava ctm. 7 ½ (1).

XLIV. — Lucas Championnière (14 gennaio 1880). Parigi Ospedale Cochin.

Bambino vivo — Madre morta.

Ipara, d'anni 43, alta metri 1,13, rachitica, con deviazioni scoliotiche della colonna vertebrale. Ventre a bisaccia. La misurazione del diametro promonto-pubico « ha dato dei risultati che possono variare tra 7 ½ e 8 ½ ctm., ma l'angustia della pelvi era resa più grave dalla sua deformazione e dalla sua irregolarità. » In travaglio dal 12 gennaio: al suo ingresso in clinica, la mattina del 14, il collo però

(1) Comunicazione epistolare del Prof. Valtorta.

non è ancora scomparso. T. 38, alle 2 scolo delle acque e perdita di meconio, ma la dilatazione non procede per cui si decide per l'operazione cesarea anzichè per la cefalotrissia. Utero inciso in sede. Costrizione col serranodi di Cintrat: un primo filo rottosi è sostituito da un secondo. Feto asfittico, rianimato. Morte in 2ª giornata. L'autopsia non fornisce indicazioni sufficienti. Non vi era peritonite, il diametro sacro-pubico misurava 5 ctm.! (1)

XLV. — Litzmann (14 febbraio 1880). Kiel (Clinica ostetrica). Feto premorto — Madre morta.

IIIpara, d'anni 39. I due parti antecedenti (1874-1875) furono a termine, in presentazione del vertice, con feti vivi, il primo terminato col forcipe dopo 48 ore di travaglio, il secondo spontaneo e facile. Il 21 dicembre 1878 menstruò per l'ultima volta: i moti attivi del feto vennero avvertiti alla fine di maggio. Il parto atteso in ottobre non avvenne. I moti attivi del feto avvertiti straordinariamente vivaci negli ultimi giorni di questo mese cessarono improvvisamente il 1º novembre. Nei giorni successivi lievi brividi, malessere generale, stiramenti dolorosi al sacro indi ritorno al pristino completo benessere. Alla fine di novembre flusso sanguigno dai genitali, dolori al sacro ed all'addome. In gennaio per molti giorni violenti dolori all'addome, indi negli ultimi 15 giorni decadimento rapido dell'organismo, attacchi febbrili, per cui ricoverò in clinica il 7 febbraio. La temperatura era 38,3, il polso 96; nell'addome avvertivasi un tumore della grandezza di un utero gravido nell'8º mese, mobilissimo in senso trasversale ed alquanto inclinato a destra. Il tumore non è di forma regolarmente ovale, ma termina a destra ed in alto in un cono smusso, la cui base sulla linea mediana passa per una poca profonda insellatura alla parte sinistra del tumore più arrotondata ed un po' meno elevata. La maggiore larghezza del tumore è al livello ombellicale. La consistenza è lignea tranne in corrispondenza della cupola di sinistra che si sente alquanto più molle ed indistintamente fluttuante.

L'esame vaginale diede i seguenti risultati: la bocca uterina, circolare, limitata da labbra brevi trovasi posteriormente ed a sinistra: il dito esploratore penetra attraverso essa nel canale cervicale per

(1) Maygrier, l. c.

3-4 ctm., che, con lieve deviazione a sinistra, scorre nella direzione dell'asse vaginale, e poco a poco si assottiglia verso l'alto. La parete cervicale appare compatta, la mucosa con pliche palmate molto sviluppata e inspessita e rigida. Sull'ingresso pelvico si adagia il vertice, sul quale attraverso la parete cervicale anteriore si sente un margine di sutura molto sporgente nella direzione del diametro obliquo di sinistra: durante l'esplorazione scola un liquido giallo-rossiccio, tenue, fetente. Si fa perciò diagnosi di: ritenzione di un feto maturo decomposto nell'utero.

All'esame tenne dietro un violento brivido di freddo con notevole aumento della temperatura, che si conservò tale nei giorni successivi, aggiungendovisi vomito, intensi dolori alla regione pubica, scolo sieroso dai genitali, decadimento estremo delle forze. In tale condizione di cose non potendosi aspettare una spontanea eliminazione del feto, ed essendovi l'impossibilità di allontanarlo artificialmente per le vie naturali, si decise di aprirsi la via attraverso le pareti addominali, praticando l'amputazione sopravvaginale dell'utero *non aperto*. L'opezione venne praticata nella nebbia carbolica il 14 febbraio. Taglio sulla linea alba circuendo il bellico a sinistra fino al limite superiore dell'utero, che viene sgusciato integro dalla ferita addominale. La ferita, al di dietro del viscere tenuto perpendicolare al disopra di alcune spugne introdotte nel cavo addominale, venne chiusa provvisoriamente mediante sutura con filo di seta. Si osservò allora che da una piccola apertura situata all'indietro ed in basso e sotto la quale sentivasi un margine osseo acuto, scorreva all'inbasso una sierosità grigio-rossiccia, fetente, per cui lavata rapidamente la sezione pelvica del peritoneo con una soluzione fenica al 2 $^1/_2$ %, si applicò attorno al collo uterino un'altra spugna al disotto di tale apertura. Stretto il cono cervico-uterino con un tubo elastico, si aprì ampiamente l'utero e si estrasse il feto decomposto applicando quindi un'ansa metallica al disopra del tubo elastico mediante il costrittore di Péan; attorcigliata l'ansa e tolto il costrittore, il cavo addominale venne lavato con acqua fenicata e salicilata, ed il moncone uterino cauterizzato col Paquelin si fissò all'angolo inferiore della ferita rafforzandolo con due angoli lanceolati e ricoprendolo con acido salicilico. Al davanti del peduncolo venne applicato un tubo da drenaggio in vetro. L'operazione durò due ore e nel viscere estirpato si riscontrarono soltanto gli annessi di destra. La gravidanza aveva dunque la sua sede in un corno uterino. Se l'altra metà delle appendici uterine fosse presente ed in quale forma ed in quale legame colla metà gra-

vida, l'operatore non potè determinarlo durante l'atto operativo. L'operata soccombeva il 16 febbraio e l'autopsia gettava piena luce sul caso. Essa è così riassunta: Ferita da laparotomia — Lieve peritonite recente — Utero bicorne con mancanza *operativa* del corno destro — Piccola cisti dell'ovaio sinistro — Mancanza del reno destro — Tumefazione torbida accentuata del fegato — Tumefazione della milza — Tumefazione torbida del rene sinistro molto ingrossato — Enfisema ed edema polmonare spiccati — Bronchiettasie sacciformi — Iperostosi della volta cranica (1).

XLVI. — Chiarleoni Giuseppe (17 febbraio 1880). Milano (pratica privata).

Feto vivo — Madre morta.

IVpara, d'anni 29, rachitica: le due prime gravidanze furono interrotte artificialmente nel corso del 7° mese avendone feti morti. Il 3° parto venne compiuto colla cefalotrissia. Pelvi assimetrica C. V. oscillante fra i 60 ed i 75 mm. L'operazione venne circondata colle cautele listeriane. Utero inciso in sede. Costrizione col serranodi Cintrat. « L'ansa metallica troppo lunga fa perdere un certo tempo prima che cominci una veramente utile costrizione del peduncolo. » Sutura delle pareti addominali con fili d'argento. Il costrittore venne lasciato in sede. Morte in 4ª giornata. All'autopsia si trovò sangue in copia considerevolissima nell'addome. L'emorragia era data da una soluzione di continuo del legamento largo di sinistra prodotta dal laminamento dell'ansa (2).

XLVII. — Mangiagalli (25 febbraio 1880). Milano, Maternità.

Bambino vivo — Madre salva.

Ipara, d'anni 20, con bacino rachitico. Fr. Sp. 23, Fr. Cr. 21, C. D. 58. Microcorda destra 34. Microcorda sinistra 35 mm. L'atto

---

(1) Werth. *Retention einer ausgetragen Frucht in dem unvollkommen entwickelten Horne eines Uterus bicornis.* — *Arch. f. Gyn.*, XVII, Bd. 2.

(2) Chiarleoni Giuseppe. *La pratica ostetrica nel servizio di Santa Corona in Milano.* — Milano, 1882.

operativo venne praticato all' inizio del travaglio ad acque colate circondato con tutte le cautele listeriane. Utero inciso in sede. L'ovaio destro atrofico non fu tratto all' esterno perchè trattenuto da valide aderenze in quella specie di doccia risultante dall'avvicinamento del promontorio alla metà destra della pelvi. Per la costrizione si fece uso dello schiacciatore lineare, ed il moncone venne trafitto, onde impedirne il rientramento, con un ordinario ago da materassaio. Lo schiacciatore si toglie. Cotone al percloruro di ferro sul moncone. Sutura delle pareti addominali con seta. L'utero pesava 600 grm. e mostrava laminato non solo il peritoneo ma anche lo strato muscolare superficiale. Il corpo luteo era nell'ovaio sinistro (1).

XLVIII. — Gustavo Braun (7 marzo 1880). Vienna (Maternità).

Madre salva — Bambino vivo.

Ipara, d'anni 30, venne accolta nella clinica il 5 marzo. — Alta m. 1,22. Sp. 19,5. Cr. 22,5. C. D. 70. C. V. valutata 55 mm. Il 7 marzo alla sera rottura spontanea delle membrane. Due ore dopo dolori energici, temp. 38,4, orificio esterno dilatato a 2 ctm. Presentazione del vertice. Utero inciso in sede. Costrizione mediante l'écraseur; fissazione mediante ago passato al disotto della catena. Drenaggio. — L'autore si mostra contrario all' estrazione dell'utero prima della sua apertura (2).

XLIX. — Alessandro Cuzzi (19 marzo 1880). Modena (Clinica ostetrica).

Feto vivo — Madre morta.

IIpara, d'anni 35, rachitica: il primo parto terminò con un aborto a 3 mesi: l'attuale gravidanza è a termine. Alta m. 1,15: la colonna vertebrale presenta una curva lordo-scoliotica destra nella regione dorsale ed una cifo-scoliotica sinistra di compenso nella regione lombare. Circonf. pelvica 82. Sp. 22. Cr. 25. Il promontorio si raggiunge

---

(1) Negri Paolo. *La sesta ovaro-isterectomia cesarea nell' Ospizio di S. Caterina in Milano.* Milano, 1880. — (Estratto dalla *Gazz. degli Ospitali).*

(2) Felsenreich. *Sectio cæsarea nach Porro mit Erfolg f. Mutter und Kind (Wiener Medizinische Wochenschrift,* 1880. N. 26).

con una certa difficoltà; pube però sporgente a guisa di becco, notevolmente avvicinate le branche ischio-pubiche, d. bisischiatico 55 mm. Trattasi insomma di una pelvi cifoscoliotica. Donna in corso di una nefrite parenchimatosa. L'atto operativo venne praticato all'inizio del travaglio a collo scomparso e dilatato di mezzo ctm. e circondato con tutte le cautele antisettiche. Incise le pareti addominali ne sortono circa 350 grm. di liquido ascitico. Utero inciso in sede. Per la costrizione si fa uso del serranodi di Cintrat, che poi si toglie una volta attorcigliato il filo. Moncone ricoperto col cotone al percloruro di ferro. Non drenaggio. Prima di aprire l'utero erano stati collocati i fili di sutura delle pareti addominali, portandone le anse all'alto. Morte in 4ª giornata per peritonite settica. Accanto alla nefrite parenchimatosa destra eravi una pielo-nefrite sinistra (1).

L. — Hubert Eugenio (20 marzo 1880). Lovanio.
Madre morta — Bambino vivo.

Ipara, rachitica, d'anni 27, alta m. 1,25. con C. V. di 65 mm. Nella legatura del peduncolo col costrittore di Maisonneuve il filo di ferro si ruppe. Lo si sostituì con doppio filo di seta ed il peduncolo fu fissato con ago all'esterno; la ferita addominale fu chiusa con sutura incavigliata ed attorcigliata. Al mattino si ebbe emorragia grave e 36 ore dopo l'operazione la donna moriva (2).

LI. — Gustavo Veit (31 marzo 1880). Bonn (Clinica ostetrica).
Bambino vivo — Madre morta.

IXpara, d'anni 36, osteomalacica: inizio dell'affezione nella 4ª gravidanza. I primi cinque parti furono normali, il sesto fu terminato colla craniotomia e colla versione, il settimo colla cefalotrissia, l'ottavo fu abortivo. Il parto era indicato per il principio di aprile, ma volendo operare fuori di travaglio aveva stabilito per l'atto operativo i giorni dal 22 al 24 marzo. Ma il 20 marzo essendosi avuto un po'

---

(1) A. Cuzzi. *Casuistica di ostetricia e ginecologia.* (*Annali di Ostetricia, ecc.* gennaio 1883).

(2) Dall'*Indipendente* e *Jour. des Sciences Med. de Louvain,* 15 juin 1880.

di scolo sanguigno ed essendo incominciate le contrazioni uterine si operò il 21 di buon'ora, circondando l'atto operativo con tutte le cautele autisettiche. Attraverso una incisione di 18 ctm. si lasciò sgusciare l'utero integro, e poichè all'angolo superiore della ferita facevano capolino alcune anse intestinali, ripostele onde impedire che di nuovo foruscissero, unì le pareti addominali con sutura fino al bellico, 5 ctm. al disopra del quale si prolungava la incisione delle pareti. Posto un tubo di Esmarch attorno all'istmo venne inciso l'utero ed estrattone un feto che cominciò tosto a gridare. Entrambi i legamenti larghi vennero stretti ciascuno con due legature, colle quali la più interna raggiungeva il margine dell'istmo, e furono quindi separati. A destra venne perciò in vista il lume dell'arteria uterina che richiese una speciale legatura; indi l'utero venne esciso in corrispondenza all'istmo uterino a piccoli tratti incominciando al lato destro; il moncone uterino venne suturato con 4 punti profondi e 12 superficiali. Levato il tubo di Esmarch un forte getto di sangue dall'arteria uterina sinistra si fece strada attraverso le suture; emorragia che si arrestò facendo passare con un ago due fili ad eguale distanza dal margine sinistro e dal margine superiore del moncone uterino, dei quali fili uno venne stretto a sinistra, l'altro in alto. Il peduncolo venne quindi affondato. Sino al mattino del 25 l'ammalata fu apirettica, ma già il 24 si era osservato al naso ed alle guancie un rossore eresipelaceo ed una tumidezza che andò poi mano mano diffondendosi. Alla sera del 25 T. 38, qualche dolore addominale. La notte, fatta astrazione dal vomito ripetutosi due volte, decorse abbastanza tranquilla, ma alle 5 $^1/_4$ ant. del 26 sopravvenne la morte. L'autore suppone che l'infezione sia stata trasportata all'operata da una infermiera la quale attendeva ad un'ammalata che presentava un ascesso peritoneale, aperto, icoroso, per opera di panni o di fazzoletti avvicinati al naso.

L'autopsia non dimostrò alcuna alterazione nel cuore e nei polmoni. Le anse intestinali non erano distese, la loro sierosa iniettata e ricoperta di essudato fibrinoso-purulento in vicinanza del bacino. Sopra ciascuna superficie del rene sinistro dimezzato e parimenti sulla faccia anteriore del destro si trovò un ascesso cuneiforme della grandezza di un grano di canape, che penetrava alcuni millimetri nella sostanza corticale. Il peritoneo intorno al moncone uterino suturato ed i margini erano infiltrati di sangue (1).

---

(1) Gustav Veit. *Kaiserschnitt mit Excision des Gebärmutterkörpers (Zeitschrift f. Gebustsh. u. Gyn.* V Bd. 2 H).

LII. — Isacco Taylor (9 aprile 1880). Nuova-York. Madre morta — Bambino vivo.

IIpara, d'anni 29, con bacino cifotico, la prima volta fu liberata mediante la craniotomia. La distanza fra le tuberosità ischiatiche era di pollici 1 7/8, il diametro retto dell'egresso di pollici 1 1/4. L'operazione venne praticata dopo l'insorgenza dei primi dolori: nella porzione vaginale non vi erano ancor segni d'iniziato travaglio. L'utero venne inciso in sede ed il bambino estratto respirò immediatamente. L'emorragia fu profusissima, non si toccò alla placenta. Sgusciato l'utero lo si strinse provvisoriamente con rubusto cordoncino di canape (fishing line) in corrispondenza del collo onde rendersi padrone dell'emorragia, ed un pollice al disotto della legatura provvisoria, lo si attraversò mediante un ago con un doppio filo di seta, praticando una doppia legatura. Prima dell'operazione egli aveva l'intenzione di fare la sutura di pellicciaio, ma trovato il peduncolo più sottile di quello che si apettasse non la credette necessaria. Ma essendo insorta emorragia dovette poi applicarla. Il peduncolo venne affondato. L'ovaio destro rimase in sede. L'operazione durò un'ora. Al 17° giorno dopo l'operazione si manifestò una phlegmasia dolens a destra indi alcuni giorni più tardi anche a sinistra. Al 26° giorno era in via di guarigione: nello stesso giorno la paziente volle alzarsi benchè il permesso non fosse stato accordato, si produsse un'embolia dell'arteria polmonare e la paziente soccombette. — Il drenaggio era stato omesso. L'autopsia non fu concessa (1).

LIII. — Heusner (15 aprile 1880). Barmen - Ospedale. Madre morta — Feto morto.

Vpara, d'anni 33, osteomalacica. C. V. pollici 2 1/2. Venne operata 12 ore dopo la rottura delle membrane ed al momento dell'operazione era alquanto esausta di forze. Si operò colle norme Listeriane adottando il processo di Müller e dopo affondando il peduncolo. Omissione del drenaggio. Morte in 4ª giornata per peritonite settica.

---

(1) *Porro's Operation* (*Amer. Journ. of the medic. Sciences.* Juli 1880). — Si veda anche la seduta della Società Ostetrica di New-York del 20 aprile 1880 nell'*American Journal of Obstetrics.* April 1881.

LIV. — Heusner (23 aprile 1880). Barmen - Maternità. Madre morta — Feto premorto.

Ipara, d'anni 29, rachitica. C. V. 2 pollici. In travaglio da 12 ore al momento dell'atto operativo: le condizioni della donna erano però molto sfavorevoli per i ripetuti tentativi di liberazione e per la perdita di sangue. Fuori dell'ospedale era già stata praticata la decapitazione e la estrazione del tronco. Il peduncolo venne stretto con filo d'argento ed affondato. Morte al 2° giorno. L' autopsia non dimostrò peritonite: la perdita di sangue e l'avvelenamento da acido carbolico parvero essere la cagione della morte (1).

LV. — Carlo Braun (28 maggio 1880). Vienna - Maternità. Madre salva — Feto vivo.

IIpara, di statura piccola, ben nutrita: la prima gravidanza venne interrotta colla provocazione dell'aborto: nella seconda gravidanza si presentò quando era già trascorso il tempo utile per la provocazione del parto prematuro. Rimandata al paese coll'invito a ritornare, fece ritorno nella Clinica il 20 maggio ad acque già colate, per cui l'operazione venne fatta un'ora dopo alle 8 pom. Non essendo riusciti a sgusciare l' utero intatto, lo si incise in sede. Per la costrizione si fece uso dell'écraseur, del resto si procedette come negli altri casi operati da C. Braun. Decorso afebbrile (2).

LVI. — Omboni Vincenzo (1 giugno 1880). Cremona. Feto vivo — Madre morta.

La gravida mi venne presentata dal collega Bonadei Ulisse. Era certa M. L., d'anni 34, pettinatrice, nubile, di Cremona, alta m. 1,22,

---

(1) Clement Godson. *Tables of utero-ovarian amputations, during pregnancy.* — Da questo lavoro che verrà pubblicato nel « British Medical Journal, » di cui l' autore gentilmente mi favorì parte delle bozze, ebbi campo, durante la correzione delle bozze del mio, a trarre notizie di questi due casi inediti, notizie affatto autentiche ed avute dall'operatore stesso, come me ne scrisse il Godson nel settembre p. p. Da questa stessa lettera rilevo come Aly pubblicando il primo caso di Heusner scrivesse invece scorrettamente Hausner.

(2) Fritz Levy. *Ueber die Methode des Kaiserschnittes nach Porro.* Wien 1880. *Urban und Schwarzemberg.*

cogli arti serpentini per congenita rachite e fu tosto riconosciuta la grave deformità pelvica così da costituirla di 3° grado. Il 1° giugno 1880, termine della gestazione, dopo dolori presagenti da 6 giorni e contrazioni attive dalla notte precedente, a collo scomparso ed orificio largamente aperto, colle norme listeriane e sotto anestesia cloroformica operazione Porro. — Incisione delle pareti addominali fin presso il pube a schivare lo stiramento. Incisione dell'utero verso sinistra essendovi la placenta a destra e sulla linea mediana. Chiusura con pinza di grossa arteria prima d'aprire il sacco e spostamento da sinistra verso destra del margine placentare. Estrazione rapida del neonato afferrato colla mano destra per la gamba destra e contemporanea estrazione dell'utero uncinato colla mano sinistra. — Laccio di corda di violoncello assicurato a serranodo appena sotto le ovaie e due lunghi spilli sopra il laccio. — Escisione dell' utero in modo d'avere una sezione più alta del peritoneo di quella del parenchima. Tre punti di sutura metallica e due di seta. — Nell' assicurare la medicazione, emorragia dal moncone. — Rimozione della medicatura, applicazione del filo di ferro col serranodo. — Durata dell'operazione brevissima malgrado l'accidente avvenuto per fortuna dopo la chiusura del ventre. La sera T. e P. normali. La 1ª, la 2ª e la 3ª giornata passarono bene con T. 37 a 37,3, P. da 76 a 80, nessun dolore. La 4ª il ventre si fa tumido, incomincia il singhiozzo, ancora apiressia, P. 120, Nella 5ª cresce il meteorismo e scaricasi il retto e lo stomaco colla pompa. Allora il ventre si fa molle, indolente. La sera torna il meteorismo ed il singhiozzo, P. 120, T. 37. La 6ª giornata T. 38,9 senza freddo, P. 120. Vomito, volto contratto. La 7ª giornata aggravamento dei sintomi, morte. — Frattanto il moncone andò ritraendosi. Le medicazioni furono rinnovate col metodo listeriano la 3ª, la 5ª, la 6ª giornata, levandosi il serranodi alla 6ª. Nel resto cura ordinaria della peritonite.

Esame cadaverico. Ferita guarita per 1ª. Moncone suppurante, retratto. Il colletto del laccio corrispondeva al cavo peritoneale. Peritonite diffusa con poco essudato plastico. Credetti la peritonite proveniente dalla suppurazione del solco del moncone nel luogo del laccio. La bambina vive ancora oggi (17 febbraio 1883). La pelvi offriva le seguenti misure: C. V. pollici 1. 7. Diam. pubio-coccigeo pollici 3. Bisischiatico 3. 9 (1).

---

(1) Corrispondenza epistolare.

LVII. — Salin (4 giugno 1880). Stoccolma.
Feto premorto — Madre salva.

Ipara, d'anni 22: la mestruazione cessò 5 mesi dopo le nozze nell'aprile 1879, ed il ventre cominciò a crescere di volume presentando la donna il solito corteo dei fenomeni gravidici. Nel gennaio 1880, alla quale epoca era atteso il parto, cessarono i moti attivi. Alla fine di febbraio dovette tenere il letto per violenti dolori analoghi alle doglie del parto: in marzo una emorragia che dura 8 giorni e dopo un altro accesso doloroso simile all'antecedente: così pure in aprile; in maggio niuna emorragia. — Da febbraio il ventre era andato diminuendo e la magrezza della donna era divenuta considerevole. — Il 4 giugno venne accolta nell'ospedale di Sabbatsberg. — Il cavo addominale era occupato in massima parte da un tumore che dalla sinfisi si spingeva fino al processo xifoideo, a destra applicandosi esattamente alla parete pelvica e riempiendo l'ipocondrio dello stesso lato, mentre a sinistra la mano si poteva insinuare fra il tumore e la parete pelvica. — L'utero di grandezza normale, era mobile, antiflesso ed elevato, nella pelvi si palpava un piccolo segmento del tumore, dal quale si dipartiva un largo peduncolo dirigentesi verso la porzione sopravaginale della cervice. Fu posta la diagnosi di gravidanza extrauterina quantunque la grandezza dell'utero e la mancanza della espulsione di una decidua parlassero contro tale ipotesi. La paziente richiese l'operazione. Prima di questa la T. era 39, il P. 120. Aperto il peritoneo con tutte le cautele antisettiche si mostrò un tumore rotondo rosso-bluastro aderente alla parete addominale per sottili aderenze; da un'apertura della grandezza di una capocchia di spillo stillava un liquame giallo-sporco e per essa s'introdusse un trequarti dal quale non si evacuò alcun liquido, ma allontanatolo si presentò una parte fetale. — Dilatata l'apertura venne estratto il feto. Il tumore fu indi sgusciato dalla ferita addominale e si presentò come la metà di un utero doppio, che con un largo e breve peduncolo era in connessione coll'altra metà. Il peduncolo venne legato con catgut ed il tumore esciso 5-6 ctm. al disopra della legatura, mentre la parte inferiore foggiata a buccia venne lasciata; in essa non si rinvenne alcuna comunicazione coll'altro utero o colla vagina, la superficie interna era rivestita di decidua, che venne completamente allontanata e le due superficie cruente così formate ven-

nero affrontate mediante numerosi punti di sutura con catgut, superficiali e profondi, dopo di che l'emorragia non inconsiderevole dapprima, cessò. Medicazione alla Lister. Al 14° giorno la paziente abbandonò il letto. Che l'accennata impermeabilità del peduncolo fosse preesistente oppure dovuta ad un processo di obliterazione l'autore non potè risolvere. L'apparenza del peduncolo deponeva per la prima ipotesi. In questo caso la fecondazione aveva dovuto avvenire per emigrazione (1).

LVIII. — Tarnier (13 giugno 1880). Parigi - Maternità. Madre morta — Bambino vivo.

La madre è designata come salva nella statistica di Sänger, come morta in quella di Godson. Questa è la vera versione, come risulta da qualche nota di Labat nella sua tesi (Paris 1881), *sur la tête du foetus*. Si trattava di una primipara osteomalacica, d'anni 20, operata all'inizio del travaglio. La donna soccombette allo shock 30 ore dopo l'operazione.

LIX. — Domenico Peruzzi (24 giugno 1880). Ospedale di Lugo. Feto vivo — Madre salva.

Donna nana, primipara, alta m. 1,20, d'anni 37. Le acque erano colate dal mattino: visitata ad un paesello distante da Lugo 4 chilm., si rilevò bocca dell'utero dilatata, presentazione di vertice, C. V. poco più di 5 ctm. Venne fatta trasportare all'Ospedale di Lugo ove lo stesso giorno fu operata colle cautele listeriane. Utero inciso in sede. Placenta inserita sul fondo. Per la costrizione si fa uso del serranodi di Cintrat. L'utero venne reciso col termocauterio di Paquelin. Trasfissione del peduncolo con due aste ad ×. Il serranodi venne mantenuto in sede. Drenaggio addomino-vaginale. Pennellatura del moncone con percloruro di ferro. Sutura delle pareti addominali con filo di seta (2).

---

(1) M. Salin. *Kaiserschnitt nach Porro. Uterus duplex* — (*Centralblatt für Gynaek, N.* 9, 1881). *Cfr. Hygiea,* 1881, N. 3.

(2) D. Peruzzi. *Taglio cesareo completato dall' amputazione utero-ovarica.* — (*Ann. di Ostetricia,* ecc. Novembre-dicembre 1880).

LX. — Ramello e Brambilla (3 luglio 1880). Torino, Casa privata. Feto vivo — Madre salva.

Ipara, d'anni 19: bacino piatto, rachitico, scoliotico, in cui lo spazio destro era quasi completamente abolito e la C. V. ridotta a pochi mm. Trovavasi da otto giorni in soprapparto. Il medico primo chiamato al 4° giorno, sconoscendo l'importanza del vizio aveva tentato introdurre prima una branca del forcipe e poi un craniotomo infruttuosamente. Venne adottato il processo di Müller. Venne estratto un feto putrefatto; si strinse e fissò il moncone prima con due costrittori Koeberlé di media grandezza ed un filo essendosi rotto si servirono gli operatori del clamp di Thomas. Guarigione. L'operazione venne fatta di notte in una miserabile catapecchia (1).

LXI. — Oppenheimer (4 luglio 1880). Würzbourg - Casa privata. Madre salva — Feto vivo.

XIVpara, d'anni 44; i 13 parti antecedenti furono tutti normali, anche l'ultimo cinque anni prima. L'osteomalacia che gravemente deformò il bacino data da due anni; i dolori cominciarono alle 3 ant. del 4, alle 5 si ruppero spontaneamente le membrane: constatata la inestensibilità del bacino procedette al taglio cesareo circondandolo delle più rigorose cautele antisettiche. L'incisione addominale fu condotta dal bellico alla sinfisi: lo sgusciamento dell'utero non riuscì che dopo aver prolungato in alto l' incisione di 2-3 dita trasverse. — Il capo stava così profondamente e su di esso era talmente espanso il segmento inferiore dell'utero che per la tema di recidere il tessuto uterino rinunciò all' applicazione sia dell' ansa di filo metallico, sia della catena del costrittore. Dell'emostasia preventiva venne incaricato invece l'assistente invitato a comprimere l'utero con ambo le mani in vicinanza dell'orificio interno mentre un altro assistente si teneva pronto ad applicare un grosso klammer di Spencer-Wells appena l'utero fosse stato svuotato. La lunga incisione uterina lungo

(1) A. Ramello e L. Brambilla. *Il servizio di chirurgia ostetrica a domicilio del povero. — Esportazione utero-ovarica per angustia di pelvi rachitica*, Torino, 1880.

il suo margine sinistro non diede sangue, ed estratto il bambino venne applicato il clamp. Il bambino atteggiò tosto la faccia al grido, ma per la nebbia fenica che rendeva difficile la respirazione, si rese lievemente asfittico ma fu poi tosto rianimato. Il moncone uterino venne fissato con sutura all'angolo inferiore della ferita, e toccato col termocauterio di Paquelin (1).

LXII. — Ercole Pasquali (22 luglio 1880). Maternità di Roma. Madre morta — Feto vivo.

IIpara, rachitica, d'anni 37: la prima gravidanza s'interruppe spontaneamente al 3° mese. C. D. 63 mm. Pube molto rostrato per cui la C. V. si presume di 30 mm. Antisepsi rigorosa. Operata nel corso del travaglio. Utero inciso in sede. Costrizione mediante l'écraseur. Il peduncolo venne fissato con due aghi. Sutura della ferita addominale con filo di seta. Morte in 6ª giornata per peritonite. La retrazione del peduncolo fu tale che le parti molli che ricoprono il promontorio erano necrosate in quel punto ove premeva la lingua metallica dello strumento (2).

LXIII. Zweifel (31 luglio 1880). Erlangen - Clinica ostetrica. Madre morta — Feto salvo.

Ipara, d'anni 37. Addome molto espanso; circonferenza addominale in corrispondenza del bellico 90 ctm., tra il bellico e la sinfisi pubica 87 ctm. La pelvi era ostruita da un voluminoso fibroma immobile che si elevava nel cavo addominale: le acque erano colate al mattino: bocca uterina chiusa, non più udibili i toni cardiaci. Il taglio delle pareti addominali dalla sinfisi venne prolungato fino a tre dita trasverse al disopra della cicatrice ombelicale e non potendosi sgusciare l'utero attraverso tale incisione, questa si dovette ampliare di nuovo. Stretto un tubo di gomma attorno alla cervice, l'utero venne aperto ove pareva presentare tessuto normale, ma invece il taglio cadde su

---

(1) Leon Oppenheimer. *Zwei Fälle von Kaiserschnitt mit Extirpation des Uterus nach Porro.* (*Aerztliches Intelligenz Blatt*, N. 19, 1882).

(2) A. Bompiani. *Due ooforoisterectomie cesaree eseguite dal Prof. Pasquali e proposta di modificazione al processo del Porro.* (*Annali di Ostetricia*, ottobre 1881). — Una venne praticata per rottura d'utero e quindi qui si ommette.

convoluti di tumori ed attraverso questi venne estratto il feto, che venne rianimato. Al disopra del tubo di gomma venne applicato un serranodo di Koeberlé e al disopra di questo recise l' utero e le sue appendici, attraversando l' utero con un trequarti esploratore onde impedire lo scivolamento dell' ansa. Il moncone uterino era veramente colossale; esso misurava 15 ctm. da sinistra a destra, 11 dall'avanti all'indietro. Perciò fece passare attraverso la cannula del trequarti un doppio filo di seta e segmentò il peduncolo in due facendo sì che il filo di seta venisse a cadere nel solco del costrittore. Escise quindi un grosso pezzo cuneiforme dalla parte mediana del moncone ed i lembi uterini così formati cucì parte con seta parte con catgut. Tolta l'ansa metallica si aveva l' emostasia perfetta. — Il peduncolo venne quindi affondato. Morte in 6ª giornata per peritonite. L'autopsia non potè essere eseguita trattandosi di una israelita ortodossa (1).

LXIV. — Agnew (17 agosto 1880). Filadelfia.
Morte della madre — Feto premorto non vitale.

Donna in 6° mese di gravidanza complicata da fibromi uterini ed in travaglio da 5 giorni con feto putrefatto. Processo Müller. Morte 64 ore dopo (2).

LXV. — Veit (18 settembre 1880). Bonn. - Clinica ostetrica.
Madre salva — Bambino vivo.

Ipara, d'anni 22, venne accolta il 9 settembre nella Clinica ostetrica. Bacino piatto rachitico con una C. V. di 65-70 mm.; nella notte dal 17 al 18 insorsero precocemente le prime contrazioni, l'operazione venne fatta alle 7 1/2 ant. del 18 con tutte le cautele antisettiche. L'incisione addominale lunga 18 ctm. si estendeva da 4 ctm. al disopra della sinfisi fino a 3 ctm. al disopra del bellico. Lo sgusciamento dell'utero fu faticoso, e appena compiuto si fecero prolabenti alcune anse intestinali, per cui la ferita addominale venne riunita fino al bellico con quattro punti di sutura. Collocato il tubo di Esmarch attorno la cervice, inciso l'utero, si estrae il feto lievemente asfittico

(1) Zweifel. *Zur Ziscussion über Porro's Methode des Kaiserschnittes. (Archiv. f. Gynaek,* Bd. XVII, N. 3).
(2) Dall'*Indipendente*, N. 28, 1880.

e la placenta. Un'ansa di funicolo resta abbracciata e stretta dal tubo e potè ritirarsi dal canale cervicale dopo che venne sgorgato colla puntura della vena. Si procedette quindi come nel primo caso già riportato. Tolto il tubo di compressione insorse una emorragia nel parametrio di sinistra al disotto della legatura del legamento largo; i foglietti di questo venivano scostati ed espansi dal sangue versato. Mediante una profonda legatura si ottenne la emostasi; il sangue versato si potè spremere fuori attraverso i tramiti delle legature poste antecedentemente. Il peduncolo rivestito completamente di sierosa venne affondato. L'operazione durò 1 ora e mezza. Nel decorso ulteriore solo una volta si ebbe l'elevazione termica di 39°. Nel febbraio successivo il moncone era del volume di un utero infantile, mobilissimo (1).

LXVI. — Elliot Richardson. (22 settembre 1880). Filadelfia. Madre salva — Bambino vivo.

Donna rachitica, Ipara, d'anni 25, avente 46 pollici d'altezza, con una C. V. di 45 mm. Sp. 22 1 $^1/_2$, Cr. 24. Egli decise di operare due settimane prima del supposto periodo del parto anche per la considerazione che la presenza di una cervice ben definita deve grandemente facilitare l'applicazione della legatura. Sgusciato l'utero col processo di Müller ed applicata l'ansa metallica di un écraseur venne aperto l'utero; l'incisione cadde sulla placenta. Estratto il feto venne attraversato l'utero con due spilli incrociati, l'uno al disotto, l'altro al disopra dell'ansa; fra i due la cervice venne stretta con una cordicella di seta fenicata collocata nel solco dell'altra legatura che poi venne rimossa. La donna guarì dopo avere superato un lieve attacco di flegmasia dolens.

Moriva il 24 febbraio 1883 per malattia di Bright, degenerazione granulosa del fegato ed insufficienza valvolare come fu dimostrato all'autopsia. Il canale cervicale misurava 25 mm. Cuore e tutti i visceri pelvici erano sani (2).

---

(1) Levis. *Beitrag zur Statistik des Kaiserschnitts mit Excision der Gebärmutter.* (*Centralblatt f. Gynaek,* N. 9, 1881).

(2) Elliot Richardson. *Caesarean section with Removal of uterus and ovaries after the Porro-Müller Method.* (*The American Journal of the Medical Sciences.* Jannary, 1881).

LXVII. — Herrgott (24 settembre 1880). Nancy - Clinica ostetrica. Madre morta — Feto vivo.

Ipara, alta m. 1,33, d'anni 28. Fr. Sp. 24 ctm. Cr. 24. C. D. 75 mm. C. V. valutata 25 mm. Alle 9 pom. del giorno 23 inizio dei dolori, malgrado l'uso di clisteri laudanizzati i dolori continuano; alle 6 ant. del 24 collo scomparso, orificio dilatato a 2 ctm., membrane integre; l'operazione viene praticata alle 11, circondandola di tutte le cautele antisettiche. Viene sgusciato l'utero integro dalla incisione addominale e si pratica la costrizione del suo segmento inferiore mediante una funicella metallica stretta da un serranodi. Inciso l'utero ed estratto il feto, si trafigge il cono utero-cervicale mediante un ago, ed al disotto di questo si applica un'altra ansa metallica con un secondo serranodi. Pennellatura del moncone con percloruro di ferro. Morte per peritonite in 4ª giornata (1).

LXVIII. — Fiki (21 ottobre 1880) Varsavia. Madre morta — Bambino vivo.

Ipara, rachitica. C. V. 50 mm. Era in travaglio da tre giorni, ma ancora in buone condizioni. L'atto operativo fu compiuto colle cautele antisettiche ed alla emostasi si provvide mediante il costrittore di Cintrat. Il feto fu estratto vivo. Nei primi quattro giorni la febbre fu limitata e le condizioni generali buone; al 5° giorno si ebbe comparsa di trisma e tetano opistotono e la paziente moriva in poche ore. L'autopsia riscontrò nelle vicinanze del peduncolo *peritonite circumscripta saccata purulenta*, il resto del peritoneo affatto normale, come pure affatto sani gli altri organi (2).

---

(1) Herrgott. *Ovariotomie et operation de Porro.* — (*Archives de tocologie*, dicembre 1881).

(2) Lettera del Dott. Kondratowicz al Prof. Chiara (22 novembre 1880). Il caso venne poi pubblicato da Kondratowicz in una memoria inserita nel giornale *Medycyny*.

LXIX. — Cataliotti Ignazio (28 ottobre 1880). Palermo — Casa privata.

Madre salva — Feto vivo.

Ipara, d'anni 41; un fibromioma voluminoso impegnato nello scavo rendeva impossibile il parto. Venne operata nel corso di travaglio prematuro. L'atto operativo venne circondato con tutte le cautele antisettiche. Incise le pareti addominali si evacuò l'abbondante liquido ascitico. L'utero venne inciso in sede. Il tumore si spingeva fino al fegato col quale aveva contratto lasse aderenze. Aderenze anche nella pelvi. Per estrarre tutta la massa neoplastica si dovette prolungare la incisione 8 ctm. al disopra della cicatrice ombelicale. Per la costrizione si servì del filo di ferro e di un serranodo; al disotto applicò una seconda legatura con filo di catgut, fra le due fece passare una piccola sonda accuminata, sutura incavigliata delle pareti.

Il tumore era un fibro-mioma a grandi lobulazioni (1).

LXX. — Domenico Tibone (2 dicembre 1880). Torino - Clinica ostetrica.

Madre morta — Feto premorto.

Donna osteomalacica d'anni 38. Fu quattro volte gravida, il primo parto fu felice, allattò ella stessa il proprio bambino e l'allattamento si protrasse per 5 mesi della gravidanza susseguente, e si è durante questa che s'iniziò l'osteomalacia. I dolori del parto si manifestarono nel mattino del giorno 30 novembre; verso le 3 pom. le fu amministrata la segale cornuta. — La donna venne inviata all'ospizio dove giunse in condizioni gravi alle 8,30 del 2 dicembre, dopochè a domicilio erano stati fatti tentativi infruttuosi di forcipe, di embriotomia, di rivolgimento. Diametro bisischiatico 5 ctm., introflesse le pareti cotiloidee. C. V. in rapporto al campo utile per il parto valutata non maggiore di 5 ctm. Feto morto in via di putrefazione. Rigorosa an-

(1) Cataliotti. *Amputazione dell'utero e delle ovaie in seguito al parto cesareo.* Palermo, 1882.

tisepsi: all'apertura del peritoneo uscita di siero sanguigno. Utero inciso in sede. L'incisione cadde sulla placenta.

Estratto il prodotto del concepimento e sgusciato l'utero « si at-
« traversarono le pareti uterine portate a contatto nel segmento in-
« feriore, alquanto sopra il livello dell' orificio uterino, dall'indietro
« all'innanzi, coll'ago a lancia del Kaltenbach fornito di un robusto
« cordone addoppiato di gomma elastica; venuto fuori l'ago per in-
« tiero dalla trama uterina il segmento inferiore rimase attraversato
« da due cordoni elastici. La legatura si fece nel seguente modo:
« dopo essermi assicurato che aveva in mano gli estremi dello stesso
« cordone, tirai su di essi con forza sufficiente di allungarla di due
« terzi, poscia li accavallai sulla parte esterna del moncone in modo
« da invertire addirittura la direzione degli estremi; la accavallatura
« venne fissata con un robusto filo di seta più volte annodato. Dal
« lato opposto si ripete lo stesso procedimento; i cordoni non scivo-
« larono in basso. Per meglio assicurare lo stringimento del cono
« con la parte che sopravvanzava di un cordone si circondò tutto il
« moncone e si allacciò: la parte sopravvanzante all'altro si annodò
« sulla superficie di sezione dello stesso moncone dopo che, riunita
« la ferita, quella era stata toccata col termocauterio di Paquelin. »

A fissare il moncone, con dieci punti di sutura a punti staccati con filo di catgut e disposti a giusta misura tutto all' ingiro si fece combaciare il peritoneo uterino col parietale facendo uso di aghi sottili e molto curvi.

Morte 29 ore dopo l'operazione per peritonite, iniziatasi la quale si erano fatte delle lavature peritoneali con soluzione di thymol a 40° e si era messo un tubo di drenaggio nello spazio di Douglas.

All'autopsia oltre alla peritonite si trovò una infiltrazione sanguigna sotto-sierosa nella fossa iliaca sinistra e fra le pagine del legamento largo; verso la parte destra posteriore della porzione conservata dell'utero una lacerazione che aveva già vestito la forma ulcerativa, interessava il peritoneo e le fibre muscolari più esterne. — Nei reni eranvi indizii di nefrite diffusa (1).

---

(1) D. Tibone. *Di una ovaro-isterectomia cesarea per distocia pelvica da osteomalacia e l'Istituto Clinico-ostetrico di Torino.* — (*Annali di Ostetricia* Febbraio 1881).

LXXI. — Halbertsma (dicembre 1880). Utrecht.
Madre salva — Bambino vivo.

Nel tentare la versione in una primipara, d' anni 20 con bacino rachitico universalmente ristretto piatto, C. V. 80 ctm., benchè le membrane fossero integre, la donna cloroformizzata, l'orificio sufficientemente dilatato e si procedesse con tutta cautela si ebbe rottura incompleta dell'utero mentre uncinato un ginocchio si cercava di compiere l'evoluzione del feto. Si procedette perciò al taglio cesareo. — L'utero venne inciso in sede e si estrasse un bambino molto voluminoso del peso di 4500 grm. asfittico che venne tosto rianimato. Posta una legatura metallica attorno alla cervice il moncone venne poi segmentato in due porzioni mediante filo metallico e poichè eravi ancora un po' di emorragia dalla superficie del moncone si applicò una quarta legatura, fissandolo poi all'angolo inferiore della ferita mediante una lancia che lo attraversava. Venne collocato nello spazio di Douglas un tubo di drenaggio. In questo caso l'autore fece una puntura di prova onde determinare la sede della placenta (1).

LXXII. — Hegar (7 dicembre 1880). Friburgo.
Madre morta — Bambino vivo (2).

LXXIII. — Rull (8 dicembre 1880). Barcellona - Ospedale di Santa Cruz.
Madre morta — Feto morto.

Una donna gravida con atresia della vagina e del canale cervico-uterino fu colta dai primi dolori del parto il 7 dicembre. Dopo lungo travaglio senza che il feto avanzasse venne deciso di praticare l'operazione cesarea completata dall'amputazione utero-ovarica secondo le

(1) Weckblad v. h. Nederl. *Tydschrift voor geneesk*, 1880, N. 36. — Le notizie date vennero tratte da una rivista del caso pubblicata sul *Centralblatt für Gynaek*, N. 3, 1881.
(2) Dal quadro statistico di Oppenheimer, l. c.

norme del Porro, allo scopo di salvare la madre e possibilmente il feto che ancora era vivo. — Compiuta la laparotomia cesarea secondo le norme classiche ed aperto l'utero si estrasse tosto il feto cui nessuna cura valse a richiamare in vita. — Tratto fuori dall'addome l'utero venne legato e strozzato con filo metallico alla regione dell'istmo ed esportato, dopo avere infisso un lungo e robusto ago sotto la legatura attraverso il peduncolo. Fissato questo venne applicato un grosso tubo a drenaggio i cui capi uscirono dalla vagina l'uno, dall'addome l'altro. L'emorragia fu notevole durante l'operazione che venne compiuta con tutto il rigore del metodo listeriano. La donna soccombette poche ore dopo in istato di collasso determinato sia dalla sofferta emorragia, sia dallo shock traumatico (1).

LXXIV. — Gustavo Braun (15 dicembre 1880). Clinica Ostetrica di Vienna.

Madre salva — Bambino vivo.

Donna osteomalacica. Microcorde 4 e 4,5 ctm. Placenta inserita sulla linea d'incisione. — Emorragia considerevole, feto del peso di grm. 2550. Operazione come nei casi antecedenti. Non drenaggio. — Rimase residua una piccola fistola cervicale (2).

LXXV. — Francesco Parona (21 gennaio 1881). Novara.

Madre morta — Feto vivo.

Ipara, alta m. 1,10, rachitica. Fr. Sp. 22, Fr. Cr. 22, C. D. 80 mm. Diminuite le due distanze sacro-cotiloidee. Scoperto l'utero, venne punto con un trequarti onde evacuare il liquido amniotico non essendo riuscito a rompere le membrane per la via vaginale, e fatta quindi l'incisione uterina si estrasse feto e placenta. Si applicò un serranodi di Cintrat e non bastando questo a frenare l'emorragia se ne applicò un secondo; si affrontò la sierosa parietale colla sierosa del pedun-

---

(1) Lettera del Dott. Jozè Armangue al Dott. Berruti. — (*Indipendente*, N. 33, Anno 1882).

(2) Breus. *Porro'sche Operation.* Aus der K. K. Gesellschaft der Arzte in Wien 28 Jannar 1881. — *Centralblat f. Gynaeck,* N. 12, 1881.

colo mediante sutura, e lo si trafisse con due grosse aste d'acciaio. Il moncone venne cauterizzato con acido fenico puro. Insorgenza del tetano in 8ª giornata e morte (1).

LXXVI. — Kreuzmann e Hauser (21 gennaio 1881). Erlangen. — Clinica ostetrica.

Madre morta — Feto premorto.

Ipara, di statura molto piccola, anemica, cachettica. Bacino in alto grado scoliotico obliquamente ristretto. Sp. 19, Cr. 23 1/2. C. D. 7,5 ctm. Da due giorni aveva i dolori, le acque erano colate al mattino stesso del giorno in cui era entrata nella Clinica e si era fatta procidente un'ansa di funicolo non più pulsante. Aperte la pareti addominali venne sgusciato l'utero e circondatane la zona cervicale con tubo di gomma, non lo si strinse però, in causa della procidenza del funicolo, se non dopo avere inciso l'utero ed estrattone il feto. Al disopra dell'ansa elastica venne collocata una doppia ansa di filo metallico col serranodi di Koeberle ed il moncone venne trafitto con un'asticina. Il moncone venne orlato colla sierosa e cucito all'angolo inferiore della ferita, pennellato col percloruro di ferro.

Morte in 3ª giornata. L'autopsia oltre a confermare i dati della pelvimetria, dimostrò una peritonite purulenta, una nefrite a destra, una pielo-nefrite purulenta a sinistra, la stenosi della mitrale (2).

LXXVII. — Breisky (21 gennaio 1881). Clinica ostetrica di Praga.

Madre salva — Feto vivo.

Ipara, d'anni 28, da due giorni coi dolori del parto. Alta m. 1,40, rachitica. Sp. 23,7, Cr. 23,8. Bacino assimetrico universalmente ristretto, piatto rachitico con una C. V. valutata in 67-72 mm. Bocca uterina accessibile a due dita. La donna è apirettica. Presentazione del vertice. Acque colate. — L'operazione venne fatta nello spray di

---

(1) F. Parona. *Operazione cesarea per distocia eseguita col metodo Porro.* — Lettera al Dott. Berruti (Torino, Tip. Roux e Favale, 1882).

(2) Zweifel. L. c.

thymol e nella narcosi ottenuta col clorometilene. Lo sgusciamento dell'utero integro riuscì senza difficoltà. Applicazione di due anse metalliche col serranodo di Cintrat in corrispondenza della zona cervicale: essendo la parte sopravvaginale del collo molto distesa non si strinse l'ansa onde impedire il suo eccessivo scivolamento all'inbasso. Si richiese una certa forza per l'estrazione del feto che lievemente asfittico venne tosto rianimato. Strette le due anse si fece passare fra esse uno spillo da agopressura. Sutura profonda mediante filo d'argento, superficiale mediante filo di seta. Ommissione del drenaggio. Il feto presentava sul capo due piccole aree di necrosi da compressione subita in corrispondenza del promontorio e del pube. Decorso quasi afebbrile essendosi avuta una sol volta in 2ª giornata un maximum di temperatura di 38,4 (1).

LXXVIII. — Carlo Braun (29 gennaio 1881). Vienna.
Madre salva — Bambino vivo.

Ipara, d'anni 21, bacino rachitico universalmente ristretto. C. V. 6,5 ctm. Microcorda sinistra 6,5, Microcorda destra 5,5 ctm. Circonferenza pelvica 71 ctm. Utero inciso in sede. Trattamento extraperitoneale del peduncolo. Bambino del peso di grm. 2200 (2).

LXXIX. — P. Müller (19 febbraio 1881). Berna — Clinica Ostetrica.
Madre salva — Feto vivo.

Ipara, d'anni 26. Alta m. 1,24: bacino rachitico universalmente ed irregolarmente ristretto. C. D. 75 mm. C. V. calcolata in 65 mm. L'operazione venne praticata dopo 30 ore di travaglio e 24 ore dopo lo scolo delle acque. All'ingresso in Clinica la T. era 38,6, il P. 120. L'incisione sulla linea alba, da 1 ctm. al disopra della sinfisi fino al bellico, venne prolungata in alto di 3 ctm. onde permettere lo sgu-

---

(1) Breisky. *Ein neuer Fall von Sectio caesarea nach Porro's methode mit günstigem Ausgang für Mutter und Kind.* — (*Centralblatt für Gynaek*, N. 10, 1881).

(2) Le notizie risguardanti questo caso ed i successivi di Carlo Braun e Gustavo Braun, mi vennero favoriti dal Prof. Welponer, al quale vennero comunicate dai rispettivi operatori.

sciamento dell'utero che venne stretto nella sua parte inferiore con due giri di un tubo elastico, e quindi inciso; l'incisione cadde sulla placenta; il bambino asfittico venne tosto rianimato. Al disopra della legatura elastica provvisoria venne applicato un klammer di Spencer-Wells e per impedirne lo scivolamento si trafisse il moncone al disopra di esso con due aghi disposti in modo crociato. Attorno al peduncolo venne collocato un tubo di gomma della grossezza del mignolo disposto in modo che la parte mediana pescava nello spazio di Douglas ed i due estremi venivano a porsi lateralmente al moncone e fissati al klammer. La superficie del moncone venne cauterizzata con una soluzione concentrata di acido fenico. L'operazione venne praticata nella nebbia fenica (1).

LXXX. — Simpson (21 febbraio 1881). Edimburgo. Madre morta — Bambino salvo

Vpara, d'anni 24, rachitica. Sp. 24. Cr. 24. C. D. 80. C. V. 57 mm. Il primo parto gemellare, prematuro, fu spontaneo con feti morti. — Nei tre parti successivi la donna venne liberata con operazioni embriotomiche: volendo essa avere un bambino vivo si decise per il taglio cesareo. L'incisione addominale fu di 14 ctm. e l'utero venne inciso in sede. Stretto il cono cervico-uterino con una funicella si procedette nel seguonte modo: un doppio filo di robusta seta fenicata mediante un ago a manico fisso venne passato attraverso il legamento largo di sinistra in corrispondenza dell'istmo uterino; l'ansa del filo venne quindi divisa e con una metà si strinse il legamento largo e le tuba di Falloppio dello stesso lato passando all'esterno dell'ovaio. Un simile ago passò un filo semplice a destra in un punto corrispondente e con esso si strinse legamento largo e tuba Falloppiana di destra, mentre poi lo stesso ago servì a ricondurre l'estremità posteriore del filo libero di sinistra e con esso si strinse l'istmo uterino, cosicchè il peduncolo venne diviso in tre porzioni da tre legature, due delle quali assicuravano l'arteria ovarica ed il plesso venoso di ciascun lato, mentre la 3ª abbracciava l'istmo uterino ed assicurava le arterie uterine. La superficie del moncone venne cauterizzata col termocauterio di Paquelin. Tolta la funicella colla quale si era prati-

(1) P. Müller. L. c.

cata l'emostasia preventiva, essendo insorta emorragia per lo spostamento di una legatura si passò un doppio filo attraverso la parte centrale del moncone che venne così divisa in due porzioni. L'operazione praticata con tutte le cautele antisettiche durò un'ora e 10 minuti. Morte in 2ª giornata per peritonite (1).

LXXXI. — Warren (Aprile 1881). Sidney (Benevolent-Asylum). Feto premorto — Madre morta.

Questa osservazione è riportata dal « Sidney Evening News » del 3, 4, 5 giugno 1881 col titolo « Un' operazione di Porro non premeditata » ed è così compendiata dal Dott. Harris.

La paziente era una donna maritata di 32 anni, che, visitata per la prima volta nel dicembre 1880, venne creduta gravida dal medico consultato ed affetta nello stesso tempo da cisti ovarica. Nel marzo 1881 un altro medico, esaminatala, si pronunciò per la gravidanza credendola però di un carattere abnorme. Essa fu finalmente inviata al « Benevolent Asylum di Sidney » dove venne affidata alla cura del Dott. Warren, il quale la esaminò mediante la sonda che a lui sembrò entrare per tre pollici e mezzo in un utero vuoto. La diagnosi da lui stabilita fu di gravidanza tubo ovarica di circa 8 mesi e decise di vuotare la cisti colla laparotomia. Alla presenza dei medici invitati, la paziente venne anestizzata, ed aperti l' addome ed il sacco nella nebbia fenica, vennero rimossi feto e placenta. Continuando ad operare in modo inesplicabile sotto l' impressione che il sacco fetale fosse abnorme, il Dott. Warren lo legò con seta, assicurò due arterie e tagliò tutta la massa situata al disopra della legatura, affondando poi il peduncolo. Le parti rimosse si dimostrarono essere l'utero e le sue appendici, la legatura essendo stata stretta attorno alla parte superiore della vagina. Il Dott. Warren pare essere sempre stato nella credenza che l'utero fosse in qualche modo abnorme sino a che venne convinto dell'errore dalla esumazione del cadavere e dal suo esame dinanzi il coroner, essendo la donna morta di peritonite nel 2º giorno. — L'operazione la si disse eseguita con

---

(2) A. R. Simpson. *Clinical lecture on a case of caesarean Hysteroophorectomy, or Porro's Operation with Remarks.* (*Brit. med. Journ.*, 1881, 11 june, N. 1067, u. ff.

molta abilità e venne introdotto un tubo per il drenaggio addominale. Il Dott. Warren affermò che se si fosse subito accorto dell'errore dopo la rimozione del feto e della placenta attraverso la incisione dell'utero egli avrebbe in fatto decisamente operato sulla base dei principii di Porro (1).

LXXXII. — Werth (7 aprile 1881). Kiel. Clinica Ostetrica. Madre salva — Bambino vivo.

IIIpara, già operata due volte col taglio cesareo classico, la prima nel 1865 da Clausen, la seconda nel 1873 da Litzmann: d'anni 38, alta m. 1, 34, rachitica, con un bacino molto ristretto la cui C. V. misurava 40 mm. Venne operata fuori di travaglio. L'incisione fatta in corrispondenza dell'antica cicatrice la superava in alto di 5 ctm. L'omento era qua e là aderente alle pareti ed un palmo circa a destra della linea mediana eravi una larga e salda aderenza con esse di un'ansa intestinale. Sgusciato l'utero con tutta facilità venne applicato il tubo di Esmarch in corrispondenza della zona cervicale ed inciso l'utero venne estratto il feto che per il grave stato asfittico in cui si trovava fece sospendere l'atto operativo per 20 minuti!!! Sciolte le numerose estese e vascolari aderenze che vincolavano la parte inferiore del viscere, coll'ago di Kaltenbach si fece passare un doppio filo elastico al disopra del tubo di Esmarch segmentando in due parti il peduncolo; la superficie di questo venne toccata superficialmente col termocauterio e quindi pennellata con una soluzione di cloruro di zinco al 10 per cento e poscia ricoperta con uno spesso strato di benzoato di soda (2).

LXXXIII. — Olivieri (16 aprile 1881). Napoli. Madre morta — Feto vivo.

La donna aveva nome Anna Boccia, aveva una C. V. di 61 mm., era rachitica. Si ebbe un feto vivo, la madre morì 32 ore dopo l'ope-

---

(1) Harris. *Extirpation, in error, of an impregnated uterus, at Sidney, Australia.* (*The American Journal of obstetrics*, etc. January 1882).

(2) Werth. *Eine Porro'sche operation, ausgeführt vor Anfang der Geburt an einer schon zwei Mal durch Sectio caesarea Entbundenen, mit glücklichem Ausgange für Mutter und Kind. Nebst Vorschlägen zur extraperitonealen Versorgung des Uterusstumpfes.* (*Archiv f. Gynaek.* Bd. XVIII. H. 2).

razione. — All'autopsia si trovò peritonite circoscritta alle vicinanze della ferita addominale. L'operatore pensa che la morte sia avvenuta per intossicamento da acido fenico, od almeno che questo vi abbia contribuito (1).

LXXXIV. — Prochownick (21 aprile 1881). Amburgo - Ospedale privato.

Madre morta — Feto morto dopo pochi minuti.

Ipara, d'anni 40, affetta da fibromi uterini incarcerati nella pelvi. L'operazione venne praticata 24 ore dopo lo scolo del liquido amniotico e circondata colle cautele Listeriane senza però fare uso dello spray. La gravidanza aveva di poco oltrepassato il 7° mese. Il moncone stretto col costrittore di Péan venne trasfisso con due aghi. La morte avvenne dopo 60 ore per setticemia (2).

LXXXV. — Fehling (4 maggio 1881). Stuttgart. Clinica Ostetrica.

Madre salva — Feto vivo.

IVpara, d'anni 30, osteomalacica. Primo parto spontaneo, 2° parto gemellare pure spontaneo, insorgenza dell'osteomalacia fra questo e la 3ª gravidanza terminata con applicazione laboriosa di forcipe. La distanza fra le tuberosità ischiatiche era di 35 mm. ed erano spiccate tutte le altre deformazioni caratteristiche della pelvi osteomalacica. Il 3 maggio alle 2 pom. insorgono i primi dolori che divengono più intensi alle 8 pom. e si ottiene una sosta nel travaglio fino al mattino mediante l'iniezione ipodermica di grm. 0,015 di morfina e l'amministrazione di due grammi di cloralio. L'operazione venne praticata alle 9 ½ ant. circondandola di tutte le cautele antisettiche. La narcosi venne indotta col cloroformio e quindi intrattenuta con una miscela a parti eguali di cloroformio ed etere solforico. Il taglio addominale si estende dal margine superiore della vescica fino a 10 ctm.!! al disopra del bellico e riesce così facilissimo lo sgusciamento del-

(1) Queste notizie mi vennero gentilmente comunicate dal Prof. Morisani.

(2) Comunicatomi dal Dott. Godson. La storia del caso è riferita dal Dott. Prochownich nel suo lavoro: *Ueber einen Fall von Kaiserschnitt nach der Porro's chen Methode wegen eingekeilten Uterus fibrom (D. Med. Wochenschrift.* N. 40, 1882), che non mi fu possibile consultare.

l'utero, sulla cui zona cervicale si applica il tubo elastico e si procede quindi alla incisione ed alla estrazione del feto e degli annessi. Indi applicazione della catena dell'écraseur Péan-Billroth e fissazione del moncone mediante un ago a lancia passato al disopra di essa. La superficie del moncone venne toccata col termocauterio di Paquelin (1).

LXXXVI. — Ambrogio Guichard (22 maggio 1881). Angers. Casa di salute.

Madre morta — Feto vivo.

Ipara, d'anni 25, alta 1,08. Cifosi dorsale con restringimento trasversale dello stretto inferiore e deformazione obliquo ovalare dell'intiero bacino. Il diametro bis-ischiatico è da 3,5 a 4 ctm. Visitata la donna in un'epoca in cui era possibile la provocazione dell'aborto si giudicò miglior partito attendere e praticare il taglio cesareo. — L'operazione venne circondata con tutte le cautele antisettiche: l'incisione della parete addominale si arrestò all'inbasso a cinque dita trasverse dal pube, mentre in alto si spinse parecchie dita trasverse al disopra del bellico. Utero inciso in sede. Fatta una legatura elastica provvisoria si segmenta in due il peduncolo adoperando un robusto ago appuntato formato dalla fusione di due fili metallici che separatamente si passano in due serranodi di Cintrat. Il moncone uterino venne toccato col percloruro di ferro; il peduncolo venne fissato mediante due aghi disposti in modo crociato. In 3ª giornata per l'enorme meteorismo e la dispnea concomitante si praticano punture capillari dello stomaco e dell'intestino dando esito a grande quantità di gaz, ma ciò nondimeno la donna soccombe nello stesso giorno. — L'autopsia non dimostrò una causa apprezzabile di morte e l'autore è inclinato ad attribuire i sintomi osservati, il meteorismo, la dispnea, la follia del cuore alla legatura dell'utero e degli annessi (2).

---

(1) Bayer. *Ein Kaiserschnitt nach Porro mit Erfolg für Mutter und Kind bei einem osteomalacischen Becken.* (*Archiv f. Gynaeh.* Bd. XVIII. H. 3).

(2) Ambroise Guichard. *Opération césarienne suivant le procedé de Porro, chez une malade présentant une cyphose dorsale avec rétrecissement transversal du détroit inferieur et tout le bassin oblique ovalaire.* (*Annales de gynécologie,* Mai 1882.

LXXXVII. — Oppenheimer (8 giugno 1881). Würzbourg. Madre morta — Feto premorto.

Vpara, d'anni 32, osteomalacica. Le prime 2 gravidanze decorsero normali con parto spontaneo (1872 e 1874). Dopo quest'epoca si sviluppò rapidamente la osteomalacia che rese necessaria la provocazione dell'aborto nella 3ª gravidanza (1879) e nella 4ª (1880). I dolori di parto si manifestarono intensi alle 3 del mattino del giorno 8: all'arrivo dell'operatore le acque erano già colate da molto tempo, l'utero era contratto tetanicamente, l'addome doloroso alla pressione, la donna febbricitante, mancanti i segni della vita del feto. L'operazione venne praticata alle 5 pom. L'utero venne sgusciato integro dalla ferita addominale ed anche in questo caso si fece la compres-pressione manuale e l'incisione uterina fu pure praticata a sinistra. Estratto il feto la costrizione permanente venne fatta col clamp di Spencer-Wells ed il moncone fissato mediante sutura all'angolo inferiore della ferita e toccato col termo-cauterio di Paquelin. Morte in 4ª giornata per peritonite settica (1).

LXXXVIII. — Nicolini (22 giugno 1881). Pavia. Casa di Salute. Madre salva — Feto vivo.

Ipara, d'anni 22, rachitica, alta m. 1,20. Sp. 25. Cr. 24. Branche orizzontali del pube notevolmente depresse. Introflesse le pareti cotiloidee più la sinistra della destra. C. D. 83. C. V. valutata in 68-73 mm. Operazione praticata fuori travaglio colle più rigorose norme antisettiche. Inciso l'utero in sede. Costrizione col serranodi di Cintrat collocando l'ansa sulle ovaie. « Essendo però l'ansa al momento di sua applicazione troppo ampia per rispetto al volume del globo uterino, ne risultò che quando la tacca madrevite fu discesa alla estremità del serranodi, la costrizione non era sufficiente per determinare una completa emostasi. » Allora si applicò una seconda ansa al disopra della prima; questa fu attorcigliata, quella no. — I serranodi si lasciarono in sede. Sutura delle pareti addominali col filo d'argento. Utero del peso di grm. 482 (2).

---

(1) Léon Oppenheimer. L. c.

(2) Nicolini. *Di un'amputazione utero ovarica cesarea (metodo Porro)*. Milano 1881.

LXXXIX. — Carlo Braun (30 agosto 1881). Vienna.
Morte della madre — Bambino vivo.

Ipara, rachitica. Bacino universalmente ristretto. C. V. 6,5 ctm. Microcorda sinistra ctm. 5. Microcorda destra ctm. 5,5. Circonferenza pelvica 75 ctm. Utero inciso in sede. Bambina viva del peso di grm. 3150. Trattamento extraperitoneale del peduncolo. Morte per peritonite il 3 settembre. L' autopsia dimostrò la presenza di due bioccoletti di spugna incapsulati nell'essudato.

XC. — Heusner (3 ottobre 1881). Barmen - Ospedale.
Madre morta — Feto premorto.

Ipara, d'anni 36. C. V. 2 ½ pollici. In travaglio da 32 ore, e già operata di craniotomia senza che poi riescisse possibile l' estrazione. Le condizioni della paziente erano sfavorevoli ed essa aveva già avuto ripetuti attacchi di eclampsia. L'operazione venne fatta nella nebbia fenica e venne praticato il drenaggio addomino-vaginale. Il moncone venne fissato all'angolo inferiore della ferita e trapassato da due spilli. Morte 32 ore dopo per peritonite settica (1).

XCI. — P. Negri (9 ottobre 1881). Milano. Clinica Ostetrica.
Madre salva — Feto vivo.

Vpara, d'anni 33, osteomalacica. L'affezione ossea s' iniziò 3 anni e mezzo prima del corso della 3ª gravidanza che terminò con parto spontaneo. Il quarto parto fu pure spontaneo ma laboriosissimo e di feto morto. L' attuale gravidanza è a termine: il travaglio s' iniziò alle 2 ant. dell'8 ottobre e 3 ore più tardi colarono le acque. Il medico locale la vide 12 ore dopo e riconosciuta la deformazione pelvica propose l' invio della donna alla maternità, cosa che i parenti non vollero subito accettare. Finalmente dopo un aspettativa infruttuosa di altre 6 ore piegarono alla necessità. — È alta m. 1,53, la pelvi è universalmente e irregolarmente ristretta. Il diametro bis-ischiatico misura 35 mm. L'operazione venne preceduta ed accompagnata dalla più rigorosa antisepsi. L'utero venne inciso in sede. L'incisione cadde

(1) Comunicatomi dal Dott. Godson.

sulla placenta: la testa era per così dire digerita nel canale cervicale e ci volle un certo sforzo per estrarnela. Costrizione mediante il serranodo di Cintrat, tolto il quale si trafisse il moncone con un ago di fissazione. Sutura delle pareti addominali con seta. Cotone al percloruro di ferro. Rivoluzione lattea al 3° giorno. L'utero esportato pesava grm. 983 (1).

XCII. — Giovanni Calderini (29 ottobre 1881). Soragna (paese su quel di Parma).

Madre morta — Feto premorto.

IIpara, d'anni 27: la prima gravidanza terminò con parto abortivo spontaneo nel 6° mese: le prime contrazioni si manifestarono il 19 ottobre, continuarono per tutto il dì seguente e portarono alla dilatazione completa ed allo scolo delle acque; il dottore chiamato alle 10 pom. del 20, constatata la stenosi pelvica, mandò per il Prof. Calderini, il quale non potè trovarsi al letto della paziente che nelle ore pom. del 21. Il vertice che si presentava non era ancora fisso allo stretto superiore; bacino rachitico totalmente ed irregolarmente ristretto con una C. V. di 60-65 mm. Mancanti i segni della vita del feto. Si pratica la craniotomia col trapano di Braun e si fanno due tentativi infruttuosi di liberazione mediante il cranioclaste, dopodichè si procedette al taglio cesareo. Incise le pareti addominali si stacca l'omento che in basso aveva contratto aderenze colla faccia anteriore dell'utero. Inciso questo in sede ed estratti il feto e gli annessi si strinse la zona cervicale col serranodo di Cintrat, ma essendosi rotto il filo metallico si trafisse il cono uterino coll'ago di Kaltenbach munito del doppio cordone di gomma segmentando in due il peduncolo, e perchè questo non rientrasse si lasciò in sede lo stesso ago di Kaltenbach. Con alcuni punti di sutura si unì il peritoneo al peduncolo; la superficie del moncone venne toccata con acido fenico puro. Medicatura listeriana.

Morte in 2ª giornata con fenomeni di peritonite. L'autopsia non fu permessa (2).

---

(1) Paolo Negri. *Due nuovi casi di taglio cesareo susseguito dall'amputazione utero-ovarica con esito felice per le madri e per i bambini.* (*Annali di ostetricia*, novembre-dicembre 1881).

(2) G. Calderini. *Note cliniche di ostetricia*, Torino, 1882.

XCIII. Domenico Chiara (22 ottobre 1881). Milano. Maternità.
Madre salva — Feto vivo.

Ipara, rachitica, d'anni 23. C. D. 78. C. V. 65 con forte riduzione della metà sinistra della pelvi. Operata nel periodo prodromico seguendo le norme osservate negli ultimi casi operati nella Clinica. — Utero del peso di grm. 620 (1).

XCIV. — Grigg (10 dicembre 1881). Queen Charlotte's Lying in Hospital.
Feto vivo — Madre morta.

IIpara, venne visitata da G. dopochè le doglie duravano da 16 ore; la prima gravidanza erasi terminata coll'aborto nel corso del 3° mese. Alta 42 pollici, molto gracile, T. 37, 6. P. 96. C. V. 55 mm. L'operazione non fu circondata con *rigorose* cautele antisettiche, la emorragia fu modica, la durata dell'operazione un'ora; morte per setticemia dopo 24 ore (2).

XCV. — Hergott (21 dicembre 1881). Nancy.
Madre morta — Feto morto.

La rachitica che forma l'argomento di questa 2ª osservazione, già molto avanti negli anni, molto piccola di statura e molto deforme era originaria del mezzogiorno della Francia, ed avendo constatata la sua gravidanza, della quale era vergognosa, era andata a rifugiarsi in una delle vallate più remote dei Vosgi, almeno a 100 leghe dal suo paese per attendervi il termine della gravidanza. Il travaglio si iniziò verso la metà di dicembre. Ella fece chiamare dapprima una levatrice che a sua volta chiamò un 1° medico, questo un 2° e così

(1) P. Negri. L. c.
(2) *New-York Medical Record,* 1882, N. 14.

fino a 5, che al termine di cinque giorni di travaglio, fatto un consulto l'inviarono per ferrovia (100 kil.) a Nancy ove arrivò il 21 dicembre alle 6 pom.

Tosto chiamato constatai un restringimento di grado estremo (25 mm. di Con.) e la necessità di praticare l'operazione cesarea: la si riconfortò durante la notte e le si amministrò degli opiati e l'indomani alle 10 ant. l'operazione fu praticata in presenza dei professori Gross, Roussel, Hergott figlio, ecc. Malgrado la paziente fosse enormemente affaticata e malgrado l'operazione subita, la paziente provò dopo di essa un senso di grande sollievo e di benessere, ma bentosto i fenomeni della peritonite acuta entrarono in scena e si aggravarono con grande rapidità e la paziente soccombette 24 ore dopo l'atto operativo (1).

XCVI. — Ernst Braun (31 dicembre 1881). Vienna - Landesgebärsanstalt.

Feto vivo — Madre morta.

IXpara, d'anni 35, osteomalacica; i dolori alle ossa cominciarono nel corso della 6ª gravidanza, che ebbe termine con parto spontaneo. Venne liberata col forcipe nel 7° parto, colla craniotomia nell'8°. I dolori del parto cominciarono nella notte dal 30 al 31 dicembre 1881 e ricoverò nell'ospedale alle 6 ½ ant. di questo giorno. Rilevata la gravissima viziatura pelvica si decise per l'amputazione utero-ovarica che venne praticata alle 8 ½ ant. Antisepsi listeriana: incisione delle pareti addominali da 10 ctm. al disopra del bellico fino a 3 ctm. al disopra della sinfisi. Facile lo sgusciamento dell'utero: applicazione sul cono cervico-uterino della catena dell'ecraseur di Chassaignac, incisione dell'utero. Estrazione del feto. Malgrado ogni precauzione un'ansa intestinale venne pizzicata dalla catena, per cui abbracciato il moncone con una pinza di Nelaton, venne allentata la catena e liberato l'intestino e quindi nuovamente stretta la catena, ma bentosto dai tessuti che a sinistra la catena aveva lacerato si manifestò considerevole emorragia che venne frenata coll'applicazione di tre pinzette emostatiche che vennero portate all'esterno accanto al moncone. Medicazione col jodoformio. Morte in 6ª giornata per peritonite.

---

(1) Da una comunicazione epistolare del Prof. Hergott in data 13 luglio 1883.

L'autopsia dimostrò un'ansa della grandezza di un pisello completamente nerotica là dove l'ansa intestinale era stata pizzicata dalla catena (1).

XCVII. — Ottavio Morisani (2 gennaio 1882). Napoli. Clinica Ostetrica.

Madre morta — Feto vivo.

Ipara, d'anni 38, alta m. 1,22, rachitica e mezza cretina. Cr. 23, Sp. 21. C. D. 78-80. C. V. calcolata in 66 mm. Considerevole diminuzione di capacità del lato sinistro della pelvi prodotto da infossamento della parete antero-posteriore. Utero inciso in sede: il taglio cadde sulla inserzione placentare. Estratto il feto dall'utero e l'utero dalla cavità addominale si applica su questo uno schiacciatore in modo provvisorio e quindi con un ago armato di doppio e robusto filo di seta si trafigge il cono cervico uterino segmentandolo quindi in due: con due punti si fissa il peritoneo parietale al viscerale e si fissa il moncone con un ago, pennellandolo con tintura eterea di percloruro di ferro. Morte per peritonite in 3ª giornata (2).

XCVIII. Breisky (8 gennaio 1882) Praga - Clinica ostetrica.

Madre salva — Feto vivo.

Pelvi rachitica piatta assimetrica, scoliotica. Sp. 23, Cr. 25. C. D. 95. C. V. 75-80. Operazione tipica, esito felice per la madre ed il bambino. Il caso non fu pubblicato, solamente fu presentata la donna nella Società dei medici tedeschi a Praga nella seduta del 7 luglio 1882 (1).

---

(1) Ernst Braun. *Ein Fall von Sectio caesarea nach Porro-Müller.* (*Centralblatt f. Gynaek*, N. 25, 1882).

(2) Lauro Vincenzo. *Intorno a quattro laparotomie eseguite dal Prof. O. Morisani.* (*Ann. di Ostetricia*, ottobre e novembre 1882).

(1) Da una corrispondenza epistolare del Dott. Fischel in data 13 luglio 1883.

XCIX. — Spaeth (9 marzo 1882). Vienna - Clinica Ostetrica.
Madre salva — Feto vivo.

Ipara, d'anni 25, alta m. 1, 45, entra nella Clinica di Spaeth il 5 marzo nell' 8º mese della gravidanza. Nessuna traccia di rachitide alle estremità, femori perfettamente mobili nella loro articolazione pelvica, nessuna traccia di infiammazione pregressa in corrispondenza delle articolazioni coxo-femorali e della regione sacrale posteriore. L'esame diligente della pelvi conduce alla diagnosi di bacino ristretto universalmente nel senso trasversale (bacino di Robert). Sp. 21, Cr. 26, Trocanteri 26,5. C. E. 18,5 ctm., diametro bis-ischiatico 55 mm. Diametro cocci-pubico 11 ctm. Circonferenza pelvica 74 ctm. C. D. valutata da 11.5 a 12 ctm. Il giorno 8 marzo alle 8 pom. senza causa alcuna e nella perfetta quiete della paziente, cominciò a colare il liquido amniotico; dopo mezzanotte si avviò prematuramente il travaglio, per cui alle 6,30 ant. si procedette all'atto operativo con tutte le cautele antisettiche tranne lo spray. Il taglio delle pareti addominali condotto dapprima fra il bellico e la sinfisi fu poi prolungato per 5 ctm. a sinistra al disopra del bellico. Riesce facile lo sgusciamento dell'utero integro, si applica l'écraseur di Billroth sul cono cervico-uterino ed inciso l'utero si estrae un feto del peso di grm. 2140 che si mette tosto a gridare (ricoverato negli esposti muore 4 settimane più tardi di arterite ombelicale); il moncone è trafitto con due aghi lanceolati disposti a croce; la sua superficie venne toccata col termo-cauterio di Paquelin ed esso venne quindi medicato con iodoformio (1).

C. — Dozzi (10 marzo 1882). Livenza.
Madre morta — Feto morto.

Ipara, d'anni 28, rachitica, pellagrosa, alta 79 ctm., del peso di 33 Kgm. C. E. 14. 1. L'autore non parla della pelvimetria interna e neppure accenna al responso del riscontro digito-vaginale. Il 9 marzo

(1) Ehrendorfer. *Zur Casuistik der Kaiserschnitt-Operationen. (Archiv. für Gynaek.* XX Bd. H. 1).

incominciò il travaglio, nella notte dal 9 al 10 si ruppero le membrane alle 3 pom. si fece procidente un'ansa di funicolo, alle 5 si praticò l'operazione. Incisione dell' utero in sede: il feto estratto vivo muore durante l'atto operativo. Si strozza il cono cervico-uterino con un grosso cordoncino fenicato avvolto a più giri. Il moncone venne fissato all'angolo inferiore della ferita. Morte 24 ore dopo per collasso. L' autopsia dimostrava dei grumi sanguigni piccoli ed inodori nella fossa di Douglas, del volume complessivo di una noce (1).

CI. — Fehling (23 marzo 1882). Stuttgart (Clinica ostetrica). Madre salva — Feto vivo.

Xpara, d'anni 39, osteomalacica. I primi sette parti furono spontanei. Dei sette bambini allattò i primi tre. L' osteomalacia s' iniziò nel corso della settima gravidanza. L'ottavo parto richiese l'aiuto del medico, ma fu pure spontaneo: nel nono parto, cinque anni prima, venne chiamato per presentazione trasversale lo stesso Fehling, il quale riconobbe l'osteomalacia, ma essendo il bacino ancora cedevole, riuscì ad estrare un bambino vivo.

Rivista dall'autore al termine della decima gravidanza, la viziatura pelvica era tale da non permettere altra risorsa che il taglio cesareo; fu quindi invitata a ricoverarsi nella Clinica ostetrica, ove entrò a dolori già iniziati contro il consiglio dell'operatore che intendeva operarla prima dell'inizio del travaglio. Le pareti addominali vennero incise da 10 ctm. al disopra della cicatrice ombellicale fino a due dita trasverse al disopra della sinfisi. Sgusciato l' utero, ed applicato il tubo elastico venne inciso l'utero ed estratto il feto, che venne rianimato dallo stato di asfissia in cui si trovava. Il cordone venne reciso fra due pinzette di pressione. La costrizione dell'utero venne praticata coll' écraseur Péan-Billroth, ed il moncone venne attraversato al disopra della catena da un ago lanceolato e la sua superficie toccata col ferro rovente, mentre tutto il moncone venne pennellato con una soluzione di cloruro di zinco all' 8 %, ricoperto con ovatta al cloruro di zinco ed il tutto spolverato con acido salicilico. — Guarigione (2).

---

(1) Dozzi. *Storia di un' amputazione utero-ovarica per ristrettezza pelvica. Gazzetta medica Italiana Prov. venete.* 1882, N. 22.

(2) Fehling. *Ein Kaiserschnitt nach Porro bei Osteomalacie mit günstigem Ausgange. Archiv f. Gynaek.* XX Bd. 3 H.

CII. — Gustavo Braun (aprile 1882). Vienna.
Morte della madre — Feto?

Ipara, osteomalacia. Bacino universalmente ristretto. Metodo Porro con affondamento del peduncolo. — Morte per uremia.

CIII. — Gustavo Braun (5 maggio 1882). Vienna.

Donna osteomalacica. Operata col metodo Porro modificato. — Morte.

CIV. — Paolo Grossmann (10 maggio 1882). Omaha, Nebraska, S. U. di America (pratica privata).
Feto morto — Madre morta.

Ipara, d'anni 22, da quattro giorni in travaglio; alta m. 0,965, pelvi nana justo minor: C. D. 51-55 mm.: molto esaurita per il lungo travaglio. — Morte per collasso (1).

CV. — Breisky (24 maggio 1882). Clinica ostetrica.
Madre salva — Bambino vivo.

Ipara, d'anni 28, con bacino rachitico assimetrico, universalmente ristretto: nella sua metà sinistra non havvi spazio che per due dita. Lieve scoliosi. Coniugata V. 6 ½. Il 24 maggio nelle ore ant. scolo di liquido amniotico, operazione nel pomeriggio. Il 2º giorno insorge dispnea, tosse, febbre, dolore puntorio al costato, indi si ebbe bronchite purulenta, catarro laringeo, afonia: il 29 maggio diarrea senza dolori e senza sangue nelle deiezioni, ostinatissima, mentre l'andamento locale era regolare. Il 6 giugno alla coscia sinistra ed al poplite sinistro tumore edematoso, più tardi trombosi della vena crurale, emorragia intensa dei genitali: il 27 giugno emottisi che si mantenne fino al 1º luglio e lieve infiltrazione nel polmone sinistro. Alla fine guarigione (2).

---

(1) Comunicazione epistolare di Harris.
(2) *Wiener Medizinische Wochenschrift.* 1872, N. 28.

CVI. — Giuseppe Carrara (30 maggio 1882). Brescia (Ospedale). Donna morta (era già agonizzante) — Feto vivo.

Donna di 33 anni, pluripara, gravida alla fine dell' 8º mese, affetta da tifo pellagroso, in istato di agonia dichiarata già da parecchio tempo, alle ore 3 pom. del 30 maggio 1882 dà tutti i segni di morte imminente, per la quale ragione il Medico Primario Dott. Manzini ne avvisa l' ufficio di guardia. Visitata allora *per la prima volta* la malata dal Medico Direttore signor Dott. Mori, dal Dott. Leidi e da me, in presenza del curante, convinti tutti che alla donna non rimaneva che qualche ora di vita, confermata la gravidanza ottimestre con segni di incipiente asfissia per parte del feto, constatata la nessuna preparazione del canale genitale per il passaggio del feto e dopo aver discusso il da farsi, prevalse l' opinione di venire in aiuto del feto, prima che la madre spirasse, sicuro che lasciando a sè le cose, mentre non ne sarebbe venuto nessun vantaggio alla madre destinata già a certa e prossima morte per il tifo pellagroso, il feto assai probabilmente sarebbe morto prima di lei. Quanto al modo d' intervenire, considerando che l'aiuto al feto pericolante, perchè riuscisse efficace, doveva essere pronto e che perciò un' operazione lunga e laboriosa non avrebbe raggiunto lo scopo, si decise di fare immediatamente il taglio cesareo, ciò che io praticai coll' assistenza degli egregi medici dianzi citati. La donna non diede il minimo sentore; il feto fu estratto vivo ma profondamente asfittico, come si era preveduto. L'operazione si completò coll'amputazione sopravaginale dell' utero e decorse senza alcun accidente. La madre spirò dopo quasi due ore, il bambino completamente riavuto fu consegnato al Brefotrofio ove ebbe poi a morire parecchi giorni dopo (1).

CVII. — Säxinger (14 giugno 1882). Tubinga. Madre morta — Feto vivo.

Ipara, d' anni 22, rachitica. C. V. 2 pollici. In travaglio da 7 ore. Il cono cervico-uterino venne stretto e tenuto fuori colla catena dell'écraseur. Spray di thymol. Ommissione del drenaggio. Morte dopo 30 ore di peritonite (2).

---

(1) Corrispondenza epistolare del Dott. Giuseppe Carrara (20 settembre 1883).
(2) Comunicatomi dal Dott. Godson.

CVIII. — Cenci (14 luglio 1882).
Madre salva — Feto vivo.

Ipara, rachitica, d'anni 26, da 36 ore in sopraparto, rottura delle membrane 18 ore prima: dilatazione completa al momento dell'ingresso nello spedale. Diametro antero-posteriore 65 mm., operazione eseguita nella nebbia carbolica. Utero inciso in sede: peduncolo segmentato in due con lacci metallici e di seta. Ommissione del drenaggio. Trattamento del moncone con iodoformio (1).

CIX. — Dejace (2 settembre 1882). Flémalle-Grande.
Madre salva — Bambino vivo.

IIpara, d'anni 25: il primo parto lungo e difficile fu seguito da gangrena estesa delle parti genitali donde fistola retto-vaginale e restringimento cicatriziale considerevole della vagina. Nel 5° mese la donna è inviata all'ospedale di Buvière: la spugna preparata, la laminaria, i dilatatori di Sims, lo sbrigliamento multiplo non riescono a dilatare la vagina e non provocano l'aborto. Riesaminata la donna nel 7° mese dall'autore e da Wasseige, si decide di attendere la fine della gravidanza e praticare il taglio cesareo. Incisione delle pareti addominali fino a 7 ctm. al disopra del bellico: sgusciato l'utero, incisolo ed estratto il feto si pratica la costrizione col serranodi di Cintrat: omissione del drenaggio: trasfissione del moncone con due aghi crociati: cauterizzazione di esso col termo cauterio: applicazione del iodoformio sulla ferita (2).

CX. — Iginio Tansini (23 settembre 1882). Lodi (Ospedale Civile)
Madre salva — Feto vivo.

Ernesta Covini, d'anni 37, entra nello spedale di Lodi in travaglio di parto il 23 settembre. Gravida per la 3ª volta: i due primi parti

---

(1) Dall'*Indipendente*, 5 novembre 1882.

(2) Leopold Dejace. *Amputation utero-ovarique de Porro; femme et enfants vivants. Archives de tocologie.* Avril 1883).

furono felici: nel corso della 2ª gravidanza s' iniziò l' osteomalacia. Travaglio iniziato il 21 settembre nel qual giorno si ruppero spontaneamente le membrane. L'avvicinamento delle branche ischio-pubiche è tale da non permettere l' ingresso del dito. Il cloroformio venne amministrato soltanto durante l'incisione delle pareti addominali. Utero inciso in sede. Costrizione mediante il serranodo di Péan che venne lasciato in posto; il peduncolo venne assicurato con 4 punti alle pareti addominali. Ommissione del drenaggio. Feto del peso di gr. 2420. Peso dell' utero grm. 770 (1).

CXI. — Weber (26 settembre 1882). Praga (Maternità).
Bambini vivi — Madre morta.

Ipara, d' anni 23, rachitica, con ginocchio valgo doppio e struma: aveva avuto l' ultima menstruazione alla fine del dicembre 1881. Sp. 21,5. Cr. 24,5. C. D. 92. C. V. 78: sinfisi rostrata. Gravidanza gemellare. Dei due bambini l'uno pesava 1900 grm., l'altro 1940. L' utero era stato stretto con due fili metallici: 7 ore dopo l' operazione emorragia dal peduncolo, che viene frenata colla trasfissione e colla cauterizzazione. Morte in 2ª giornata. L'autopsia dava il seguente reperto: peritonitis purulenta, tumor lienis acutus, pleuritis adhaesiva dextra, bronchiektasis lobi superioris dextri, degeneratio adiposa hepatis et renum.

Notisi come nello stesso giorno dell'atto operativo l'operatore avesse esaminato una puerpera ammalata di grave setticemia ed estratto dalla cavità uterina parecchi pezzi decomposti e putrefatti di placenta (2).

CXII. — Pritzl (28 settembre 1882). Vienna (Maternità, servizio di C. Braun).
Madre morta — Feto morto.

IIpara, d' anni 39: la prima gravidanza nel suo 19° anno di vita, ebbe termine con parto spontaneo di feto maturo: il secondo parto

(1) Iginio Tansini. *Amputazione utero-ovarica cesarea con esito felice per la madre e per il bambino. Gazzetta Medica Italiana Lombardia.* 1882, N. 44.

(2) V. Weber. *Allgem. Wiener Medizinische Zeitung,* 1883, N. 2, u. 3.

pure spontaneo ebbe luogo nel corso del suo 29° anno. È nel corso dell'attuale gravidanza, che si manifestò il quadro sintomatico dell'affezione cancerosa dei genitali: la cervice uterina era infiltrata in tutta la sua circonferenza e nella stessa condizione si trovava il fornice vaginale, le prime doglie del parto vennero avvertite il 28 settembre alle 8 ant. e furono seguite immediatamente dalla rottura del sacco amniotico: il battito cardiaco fetale era perfettamente regolare. Deciso il taglio cesareo venne praticato tre ore più tardi col metodo Porro, modificato da Müller: il feto del peso di grm. 2550, lungo 47 ctm. era profondamente asfittico e visse trenta minuti. L'écraseur di Billroth adoperato per comprimere il moncone cervicale fu lasciato nell'angolo inferiore della ferita; il moncone fu assicurato all'angolo inferiore della ferita mediante il metodo extraperitoneale di Hegar. La porzione di utero rimossa non presentava segni di invasione cancerosa all'esame microscopico. La paziente sopravisse sette giorni.

L'autopsia fu importante per molti riguardi. — Peritonite diffusa molto lieve con scarsissimo liquido. Il carcinoma fu trovato limitato quasi intieramente al fornice vaginale ed invadeva appena superficialmente la porzione vaginale della cervice. L'orlo stretto, emorragico, frastagliato preso per l'orificio esterno non era invece che una stenosi cancerosa del fornice vaginale. Furono trovati nodi secondari nei polmoni e venne trovato un grosso trombo nella vena iliaca comune di sinistra che si estendeva alla cava inferiore (1).

CXIII. — Carlo Braun (17 ottobre 1882). Vienna. Morte della madre — Feto vivo.

Ipara, osteomalacica, d'anni 36. Pelvi gravemente deformata: distanza fra le tuberosità ischiatiche ctm. 3. Microcorda destra ctm. 4,5. Microcorda sinistra 2,5 ctm. Cifosi arcuata. Nel 1869 parto spontaneo di feto vivo: dal 1872 al 1878 sei aborti spontanei: nel 1879 embriotomia: nel 1881 aborto artificiale. Sgusciato l'utero integro. Affondamento del peduncolo dopo numerose legature e cauterizzazione. Morte per peritonite il 21 ottobre. L'autopsia dimostrò inoltre trombosi delle vene uterine con scarso versamento sanguigno, idrotorace, liquido sanguigno nello stomaco. Ureteri, vescica e retto erano intatti.

---

(1) *Caesarean section for the carcinoma cervicis uteri* (service of Prof. Carl Braun). *Medical News.* 4 novembre, 1882.

CXIV. — Fochier (23 novembre 1882). Lione (Maternità). Feto premorto — Madre salva.

XVIpara, d'anni 42: ebbe antecedentemente 13 parti a termine e due aborti: dei primi il 13° ebbe luogo due anni innanzi e più laborioso e doloroso degli altri e seguito da una emorragia interna abbondante e da dolori vivissimi. La gravidanza attuale è a termine. Il 20 novembre s'iniziarono i dolori del parto, l'indomani i dolori si fanno intollerabili e la levatrice chiamata dichiara che si tratta di gravidanza gemellare e che i due feti si presentavano entrambi per la testa, essa anzi provò di respingerne una onde permettere all'altra di discendere: i dolori continuarono intensi fino alla sera del 22 momento in cui la borsa amniotica si rompe spontaneamente. Due medici soprachiamati riconoscono la presenza di un tumore e tentano invano di respingerlo, per cui la si invia alla maternità di Lione ove arriva il 23 novembre alle 11 a. dopo un viaggio di 6 ore in ferrovia.

Col riscontro vaginale si avverte un tumore duro, sferico, liscio della grandezza della testa d'un feto, che discende molto basso al disotto dello stretto superiore e che riempie pressochè lo scavo. Esso è situato un po' a sinistra ed all'indietro: all'avanti ed a destra nello spazio lasciato libero fra il tumore ed il pube si avverte l'orificio esterno del collo uterino, dilatato trasversalmente, il labbro posteriore si confonde col tumore mentre il labbro anteriore forma un cingolo nettamente limitato e respinto contro l'arco pelvico. Il dito riconosce la presentazione del vertice, il feto è morto. Deciso il taglio cesareo venne praticata una incisione delle pareti addominali di 12 ctm. e l'utero è inciso in sede, il feto ha subito un principio di macerazione e le acque scarse mandano un odore nauseabondo. Estratto l'utero lo si stringe con filo metallico e mediante il serranodo di Cintrat immediatamente al disopra del tumore, l'utero è sezionato 2 ctm. al disopra della legatura e per maggior sicurezza si applica un secondo filo, attraversando poi il moncone con due spilli crociati. Il decorso ulteriore fu un po' burrascoso, ma si ottiene la guarigione e l'ammalata cominciò ad alzarsi il 15 gennaio. Alla sua uscita della maternità si constatò come il tumore fosse notevolmente diminuito (1).

---

(1) Denarié. *Dystocie due a une tumeur du col de l'utérus;* operation de Porro, observation recueillie dans le service de M. Fochier (*Archives de tocologie.* Juin, 1883).

CXV. — Dohrn (24 novembre 1882). Marburg (Clinica ostetrica). Feto vivo — Madre morta.

L'operazione venne praticata sopra una primipara d'anni 38, con pelvi rachitica pseudo-osteomalacica la cui C. V. venne calcolata 60 mm., all'inizio del travaglio, il quale si manifestò inaspettatamente e tolse quindi all'autore di operarla, come aveva divisato, fuori di travaglio. Riuscì facile sgusciare l'utero integro col processo di Müller: stretta quindi la cervice con un tubo di gomma dello spessore di 7 mm., si incise l'utero e si estrasse un feto lievemente asfittico che venne tosto rianimato; allora l'accennata legatura di gomma venne stretta ancor di più e mantenuta mediante un klámmer di piombo. Il moncone venne poi con punti di sutura cucito all'angolo inferiore ed ai margini della ferita. La perdita di sangue fu affatto minima. La paziente soccombette 90 ore dopo l'operazione, dopo avere presentato un meteorismo di grado notevolissimo senza aumento di temperatura. L'autopsia non dimostrò alcun segno di peritonite all'infuori del meteorismo: soltanto dal lato addominale del moncone si trovò una scarsa raccolta di pus giallo chiaro alquanto spesso limitato dalle aderenze di un tratto dell'intestino tenue, in vicinanza del cieco, col moncone. Il lume del tratto intestinale aderente era notevolmente stenotico, mentre la regione intestinale situata al disopra era meteoritica in modo colossale. E quindi il meteorismo doveva riguardarsi come la causa principale della morte e come causa del meteorismo poteva considerarsi l'avvenuta aderenza, la quale poi poteva riconoscere la sua origine dalla precoce necrosi purulenta del moncone. Ovvero, poichè col metodo Porro havvi lesione di grossi tronchi nervosi poteva supporsi che ad essa fosse dovuto il meteorismo sviluppatosi quindi in modo primitivo e poi aggravatosi per il fatto dell'accennata aderenza (1).

---

(1) Rumpe *Ein Fall von Sectio caesarea nach Porro.* (*Centralblatt f. Gynaek.* N. 11, 1883).

CXVI. — Godson (27 novembre 1882). Londra (St Bartholomews-Hospital).

Madre salva — Feto vivo.

Ipara, d'anni 24, nana, alta 52 pollici, con bacino estremamente ristretto. L'operazione venne fatta nella nebbia carbolica, fuori travaglio e 12 giorni circa prima del termine della gravidanza. Utero inciso in sede. Il moncone venne stretto col serranodo di Koeberlé e attraversato da due spilli. — Guarigione (1).

CXVII. — Raffaele Novi (2 dicembre 1882). Napoli (Maternità).

Madre salva — Feto vivo.

Gazia Mascolo, d'anni 24, Ipara, alta m. 1,07. Bacino rachitico uniformemente ristretto con deformazione del diametro sacro-pubico per lordosi dell'angolo sacro-vertebrale. Gravidanza giunta agli ultimi 15 giorni. Istero-ovariotomia cesarea eseguita prima del travaglio del parto. Il taglio della parete uterina cadde precisamente sul centro della placenta. Il feto fu estratto vivo ed in ottimo stato. La legatura del peduncolo venne fatta con filo di ferro ricotto della spessezza di un millimetro col serranodi di Cintrat. — La emostasia riuscì perfetta. — Per impedire il rientramento del peduncolo fu passato, immediatamente al disotto dell'ansa metallica, un ago di argento con punta di acciaio, comprendendo dall' una e dall'altra parte le pareti dello addome in modo da mettere a contatto ii peritoneo parietale colla sierosa del moncone La ferita addominale fu riunita con 7 punti di sutura con seta fenicata. All'11° giorno cadde il moncone e con esso il filo costrittore e l'ago: alla sua caduta rimase una piaghetta imbutiforme la quale cicatrizzò dopo otto giorni ed ora non si osserva che una cicatrice da potersi paragonare quasi a quella ombellicale.

La operazione e la successiva medicazione fu fatta con scrupoloso metodo Listeriano. L'atto operativo, tutto compreso durò 32 minuti. Nessun accidente ebbe a verificarsi dopo l'operazione. Nei primi cin-

---

(1) *Medical News.* January 6, 1883 e comunicazione dell'operatore.

que giorni la temperatura oscillò da 37,5 a 38,8, solo al 4° giorno elevossi a 38,9 ed in detto giorno si ebbe grande ingorgo delle mammelle. La inferma dopo 22 giorni dalla operazione lasciò il letto (1).

CXVIII. — Edoardo Porro (7 dicembre 1882). Milano (Maternità). Madre morta — Feto vivo.

Antonietta B. d'anni 37, di professione lavoratrice di biancheria, IIpara, entra nella maternità il 15 di novembre. Venne liberata la prima volta mediante la craniotomia e due laboriose applicazioni di cranioclaste. Alta m. 1,31. Circonferenza pelvica cent. 74. Sp. 24. Cr. 26. C. D. mm. 72. C. V. 63. Quest'ultima sul cadavere si rilevò poi essere di mm. 60 mentre la microcorda di destra misurava millimetri 72, quella di sinistra mm. 69. Convinto della opportunità di operare prima del travaglio il Prof. Porro aveva stabilito l'operazione per il 9 dicembre, ma lo scolo prematuro delle acque il giorno 7 alle ore 8,30 ant. fece anticipare l'atto operativo che venne praticato lo stesso giorno alle 10,45 con tutte le cautele antisettiche. Utero inciso in sede. Emorragia allarmante. Costrizione del cono cervico uterino mediante il serranodo di Cintrat, facendo prendere all'ansa punto di appoggio sulle ovaia. Una seconda ansa viene applicata al disopra della prima. Attorcigliata la prima ansa viene tolto il serranodi mentre si lascia in sede il secondo. Il peduncolo è trapassato con lunga asta metallica. Feto vivo del peso di grammi 2700. Peso dell'utero grm. 610. Morte in 5ª giornata. Il reperto cadaverico è così compendiato: strozzamento intestinale da aderenza duplice del peritoneo viscerale e parietale tra un'ansa del tenue e la già saldata ferita addominale, aderenza avvalorata da una fimbria attraversante l'ansa aderente nel tratto intermedio ai due punti di abnorme adesione. Degenerazione adiposa del miocardio. Infiltrazione adiposa del fegato e dei reni (2).

---

(1) Corrispondenza epistolare del 7 gennaio 1883. Il caso venne poi pubblicato nel *Giornale Internazionale delle Scienze Mediche*. Fasc. 3 e 4, 1883.

(2) Ettore Truzzi. *La seconda amputazione utero-ovarica cesarea eseguita dal Prof. Edoardo Porro. Gazzetta Medica Italiana Lombardia.* N. 1-2, 1883.

CXIX. — Galabin (8 dicembre 1882). Londra
Madre morta — Feto vivo.

Multipara, d'anni 35, affetta da carcinoma uterino, diffuso al cellulare pelvico. La paziente era in travaglio da 13 ore al momento dell'atto operativo che venne circondato con tutte le cautele Listeriane e praticato nella nebbia fenica. Ommissione del drenaggio. Il moncone cervico-uterino venne stretto col serranodo di Koeberlé. Morte al 4° giorno per peritonite settica (1).

CXX. — Andronico Barsotti (20 dicembre 1882). Lucca. Maternità.
Feto vivo — Madre morta.

Angela Filippini d'anni 38, VIIIpara: osteomalacica: i parti antecedenti furono spontanei, facili, a termine, il penultimo ebbe luogo nell'agosto 1879. L'osteomalacia ebbe inizio nel corso della prima gravidanza. Fu ricevuta nella maternità il 1° dicembre 1882 in stato di quasi assideramento per il freddo sofferto avendo dovuto per 5 ore viaggiare quasi continuamente sotto la neve. Da molto tempo la paziente soffriva anche di malattia di petto. La diagnosi medica ed ostetrica fu così compendiata: polmonite caseosa con rammollimento ed escavazione del polmone sinistro, complicata da insufficienza della mitrale in donna gestante al nono mese con gravidanza semplice, feto vivente in posizione O. I. S. A. con bacino osteomalacico universalmente e irregolarmente viziato in special modo allo stretto inferiore con diametro inter-ischiatico di 40-45 mm. e con ossa pelviche resistenti.

L'operazione venne praticata con tutte le norme Listeriane il 20 dicembre alle 2 pom. a travaglio iniziato: il sacco delle acque erasi rotto spontaneamente a mezzogiorno. Utero inciso in sede. Ottenuta l'emostasia temporanea mediante la legatura con un grosso laccio di seta, si ebbe quella permanente mediante l'ansa metallica montata sul serranodi di Cintrat: il moncone, pennellato con percloruro di ferro venne fissato mediante un robusto ago che lo attraversava al disopra dell'ansa. Omissione del drenaggio: sutura col filo d'argento. L'utero pesava 650 grm.

---

(1) Comunicatomi dal Dott. Godson.

Morte 24 ore dopo l'atto operativo per collasso: l'autopsia dimostra le lesioni sovraccennate cardio-polmonari e la mancanza di segni di peritonite (1).

CXXI. — Heywood Smith (8 gennaio 1883). Londra (St. Giles 's Workhouse.

Feto premorto — Madre morta.

Venne praticata sopra una primipara di anni 20, gracile, strumosa con una coniugata di circa un pollice e mezzo. Prima che egli la vedesse, il capo era stato perforato a bambino morto per procidenza del funicolo ed era stato fatto un tentativo infruttuoso di estrazione col cefalotribo. L'utero venne sgusciato prima di aprirlo, il moncone venne assicurato all' angolo inferiore della ferita. La paziente procedeva bene il 12 gennaio benchè vi fosse notevole meteorismo.

Queste le notizie date dal *British medical Journal* il 13: ulteriori notizie si riferivano alla morte della paziente; l'autopsia dimostrò appena traccie di peritonite, ed incipiente gangrena della vagina.

CXXII. — Kabierske (15 gennaio 1883). Breslau.

Bambino vivo — Madre salva.

Pluripara, d' anni 32. Primo parto nel 17º anno, lungo, difficile, di bambino morto: 2º parto il 13 ottobre 1878, versione, distacco del tronco dal capo, cefalotrissia. Il 3º parto fu abortivo. Quarto parto il 23 aprile 1880: craniotomia e versione non essendo riuscita la cefalotrissia. Quinto parto il 25 novembre 1881, provocato nella 32ª settimana: procidenza del braccio e del funicolo, versione, perforazione della testa rimasta libera nella cavità uterina e cranioclaste. Donna squisitamente rachitica: bacino universalmente ristretto, piatto, rachitico. Operata a travaglio già avviato, a dilatazione di 5 ctm. e membrane integre, circondata da tutte le cautele antisettiche. Inci-

(1) Barsotti A. *Di una ovaro-isterectomia cesarea*, praticata nella Maternità di Lucca (*L'Imparziale*, N. 6 e 7, 1883).

sione addominale da 6 ctm., al disopra del bellico fino a 4 ctm., al disopra della sinfisi: onde potere sgusciare l'utero si dovette prolungare l'incisione in alto di parecchi centimetri. Praticata l'emostasia preventiva coll'applicazione del tubo elastico, si incise l'utero e si estrasse il feto. Poscia si cucì la ferita addominale nel tratto superiore al bellico. Indi procedette nel seguente modo: i legamenti larghi vennero stretti con due legature 7 ctm. circa al disopra del tubo e recisi quindi fra esse, avendo anche l'avvertenza di legare isolatamente le a. spermatiche. Si cercò di legare le uterine facendo una sutura profonda ai lati dell'utero, 3 ctm. al disopra del tubo che erasi applicato molto basso: preparata poscia la sierosa 7 ctm. al disopra del tubo all'avanti ed all'indietro ed esciso l'utero in modo imbutiforme, fece la sutura con cura speciale in modo da affrontare esattamente i margini: per ciò si richiesero 20 punti di seta fenicata. Levato il tubo si ebbe un po' di sangue a destra, ma la perdita fu tosto frenata mediante alcuni punti di sutura profonda. I monconi dei legamenti larghi vennero toccati col Paquelin. Il tutto venne quindi affondato. L'operazione era durata circa due ore (1).

CXXIII. — Edoardo Porro (28 marzo 1883). Milano (Maternità). Feto vivo — Madre salva.

Ipara, d'anni 29, alta m. 1,16. Circonferenza pelvica 76 ctm. C. V. 68 mm. Incisione dell'utero in sede: il taglio cadde sull'area d'inserzione placentare. Per la costrizione venne adoperato il serranodi di Cintrat che venne lasciato in sede e stretto ancora in 4ª giornata. Durata dell'operazione 35 minuti. Feto vivo del peso di grm. 2750 (2).

CXXIV. — Gustavo Braun (19 aprile 1883). Vienna. Morte della madre — Feto vivo.

IVpara, d'anni 38. Osteomalacica. Microcorde 4 ctm.: stenosi grave dell'egresso pelvico. Sectio caesarea col metodo Porro, senza la mo-

---

(1) Kabierske. *Eine Sectio caesarea nach Porro mit intraperitonealer Stielversorgung. Centralblatt f. Gynaek.* N. 18 e 19, 1883.

(2) I cenni di questo caso e degli altri successivamente operati dal Prof. Porro mi vennero favoriti dall'operatore stesso.

dificazione di Müller. Peduncolo stretto mediante l'écraseur. Bambino vivo del peso di grm. 2700. Morte il 24 aprile per peritonite.

CXXV. — Carlo Braun (25 aprile 1883). Vienna.
Guarigione della madre — Feto vivo.

Ipara, d'anni 23. Bacino rachitico assimetrico. Circonferenza pelvica 74 ctm. C. V. 6 ctm. Microcorda sinistra 5, microcorda destra 4 ctm. Utero sgusciato integro prima della incisione e trattamento extraperitoneale del peduncolo. Costrizione mediante la catena. Feto vivo del peso di grm. 3270.

CXXVI. — Carlo Braun (26 aprile 1883). Vienna.
Morte della madre — Feto morto.

Ipara, d'anni 32. Bacino rachitico universalmente ristretto. C. V. 6 ctm. Microcorda 5 ctm. Processo Müller. Feto asfittico non rianimato, del peso di grm. 3000. Trattamento extraperitoneale del peduncolo. Morte dopo sei settimane di pneumonia bilaterale.

CXXVII. — Carlo Braun (1 maggio 1883). Vienna.
Madre salva — Feto?

IIpara, d'anni 39, osteomalacica. Microcorde e distanza fra le tuberosità 4 ctm. Utero sgusciato e poi inciso. Trattamento extraperitoneale del peduncolo.

CXXVIII. — Celso Bonora (3 maggio 1883). Gualtieri.
Madre morta — Feto premorto.

La operata ha 44 anni, è primipara, alta metri 1,27. Pochi segni di rachitismo, cammina pencolando il corpo lateralmente. Vi è inselatura lombare pronunciatissima. Ben portante, anzi addirittura grassa. Ha avuto gravidanza eccellente: di qui l'attesa confidente. Gravidanza a termine. Il sopraparto è incominciato da tre giorni, è stata ammi-

nistrata la segale cornuta. Sono scolate le acque da più di 20 ore. Bambino vivo, benchè le pulsazioni cardiache sieno piuttosto deboli. La pelvimetria apprende che si ha un bacino quasi uniformemente ristretto e che la C. V. misura 57 mm. Le buone condizioni generali consigliano l'operazione del Porro acconsentita dal marito e dalla donna nell'intento speciale di salvare la vita al futuro neonato. Non si potè vuotare la vescica molto ripiena, causa la pressione esercitata da un voluminoso ematoma sincipitale. Precauzioni Listeriane, Spray. Incisione uterina felicissima, poca emorragia, causa lo stato tetanico delle pareti uterine e la inserzione posteriore della placenta. Estrazione sollecita del feto morto allora allora, forse durante i preparativi. Applicazione del laccio metallico col serranodi di Cintrat. Il peduncolo venne sostenuto e fissato mediante caviglia passata attraverso di esso e poggiante sulle pareti del ventre. L'operazione durò 28 minuti. Al giorno successivo decorso regolare: al 2º giorno notte soddisfacente, flatulenza, qualche conato di vomito, respiro 40, polso 110, temp. 38,4, nessun brivido. Alla fine del 3º giorno la puerpera moriva coi segni tumultuarii di una peritonite peracuta. L'autopsia non venne permessa. L'operatore, il quale per altro, dopo l'atto operativo non vide più l'operata affidata alle cure del medico curante di Gualtieri, ove egli erasi recato ad operare da Reggio di Emilia, *in via di supposizione* non potrebbe assegnare alla peritonite che una sola causa, la cangrena della vescica e lo spandimento di urina entro il peritoneo (1).

CXXIX. — Previtali (6 maggio 1883). Bergamo (Ospedale Civico). Feto premorto — Madre salva.

L'operata è Santinelli Angela, d'anni 39, figlia di genitori sani, contadina di Bergamo. Ebbe altri dieci figli legittimi partoriti tutti felicemente e due allattò, l'ultimo dei quali 3 anni or sono. Durante la gravidanza antecedente avvertì per due mesi dei dolori al bacino che continuarono per altri sei mesi dopo il parto tenendola obbligata a letto. Si riebbe lentamente rimanendo deformata nella persona, diminuita la statura alta anzichè no in precedenza, si fece gibbosa e le articolazioni coxo-femorali si fecero rigide in modo da impedire

(1) Da una corrispondenza epistolare del Dott. Bonora (1º agosto 1883).

ogni moto di divaricazione. Dietro consiglio del proprio medico entrò nell'Ospedale civico il 20 aprile alla quale epoca si constatò un bacino osteomalacico con viziatura prevalente al distretto inferiore, il diametro bisischiatico del quale misurava 35 mm. Si giudicò indicata nessun'altra operazione all'infuori del taglio cesareo, essendo la gravidanza giunta al suo termine (ultima menstruazione a metà di luglio).

Rifiutandosi l'ammalata ad essere operata prima del travaglio sperando di potere anche questa volta partorire felicemente non si decise all'atto operativo che in seguito a ripetute preghiere durante il travaglio a membrane integre discese in vagina in forma di una borsa grossa attraverso la quale si sentiva il cordone ombellicale pulsante dapprima e che cessò di pulsare poco prima dell'operazione (20 minuti circa). Intanto si era predisposta una stanza con tutte le cautele antisettiche. L'operazione fu eseguita alle ore 2 pom. dal Dott. Previtali coadiuvato da tre aiuti che prestarono opera efficace, il giorno 6 p. p. Maggio, sotto l'anestesia cloroformica e durante la nebulizzazione fenica. L'operazione non ebbe accidenti speciali, il feto era morto come si prevedeva. Ciò che merita di essere notato si è che in sostituzione del serranodi di Cintrat si impiegò la legatura con tubo elastico di gomma vulcanizzata del diametro di 5 mm. Il peduncolo si staccò in 13ª giornata rimanendo una piaga netta infossata al centro per 2 ctm. che ora è quasi completamente cicatrizzata con lieve infossamento. L'andamento consecutivo fu felice: quasi completa apiressia non avendo il termometro segnato mai più di 38 all'infuori della sera dell'operazione in cui segnò per pochissime ore 39. Ora si alza, la piaga è ridotta alla superficie di un centesimo e fra giorni andrà a casa propria (1).

CXXX. — Edoardo Porro (17 maggio 1883). Milano (Maternità). Feto vivo — Madre salva.

Ipara, d'anni 35, alta m. 1,05. Bacino rachitico totalmente ed irregolarmente ristretto. Circonferenza pelvica 67 ctm. C. D. 72 mm. C. V. 60. venne deciso l'atto operativo nella 1ª quindicina del 9º mese perchè temevasi che la donna molto denutrita e dispnoica non po-

(1) Comunicazione epistolare del Dott. Ulietti Carlo in data 11 giugno 1883.

tesse sostenere fino a termine le sofferenze sue e della gravidanza, che d'altra parte con tutta probabilità non sarebbe stata condotta a fine per la distensione esagerata. Utero inciso in sede. Costrittore di Cintrat. Feto del peso di grm. 2450.

CXXXI. — Borsini (7 giugno 1883). Piacenza (Ospedale Maggiore). Madre morta — Feto vivo.

IIpara, d'anni 35, primo parto spontaneo quattro anni prima ma difficile e laborioso: stenosi pelvica grave consecutiva al 1° parto. C. V. 6 ctm.: operata dopo quattro giorni di travaglio in condizioni sfavorevoli. Utero inciso in sede. Costrizione col serranodi di Cintrat; essendo caduta la incisione uterina sull' area d' inserzione placentare vi fu notevole emorragia prima della costrizione. Il cono cervico uterino fu stretto prima con un tubo elastico indi coll'ansa metallica. Il serranodi venne mantenuto in sede ed il peduncolo trapassato coll'ago di Petit onde impedirne l' affondamento. Omissione del drenaggio. L'operazione venne circondata colle cautele Listeriane. L'operata morì dopo 35 ore per peritonite settica (1).

CXXXII. — Morisani (8 giugno 1883). Napoli. Madre morta — Feto vivo.

Assunta Esposito, rachitica con coniugata vera di ctm. 5. La donna è morta di setticemia al 7° giorno. La diagnosi anatomica fatta al gabinetto di anatomia patologica fu testualmente la seguente: pelviperitonite settica purulenta, stasi biliare epatica. Tumore acuto di milza, iperemia da stasi dei reni e polmoni. Pleurite adesiva pregressa.

Quanto al processo operativo non si discostò da quello seguito nel caso antecedente. L' utero fu inciso in *situ* ed il peduncolo trattato extra-peritonealmente previa legatura con filo di ferro (2).

---

(1) Comunicazione epistolare dell'operatore.

(2) Da una comunicazione epistolare del Prof. Morisani.

CXXXIII. — Franzolini (17 giugno 1883). Udine (Ospedale). Madre salva — Feto vivo.

La sera del 17 corr. in Udine, l'egregio Dott. Ferdinando Franzolini ha operato di istero-ovariotomia cesarea una donna di 34 anni, da 4 anni maritata e che ebbe tre aborti nei primi mesi; è deformata nelle gambe specialmente per rachitismo, cammina dondolandosi come le anitre, è alta m. 1,26. C. V. 67 mm. Al momento dell'ingresso nell'ospedale era in soprapparto da 50 ore e da 26 aveva perduto le acque; la bocca uterina alta era aperta in modo da dar passaggio all'apice di tre dita: presentazione cefalica: gravidanza a termine, feto vivo. Si adottò il processo Müller sgusciando l'utero integro attraverso una incisione addominale che da 3 ctm. al disopra del pube si portava a 5 ctm. al disopra del bellico. Trattamento estraperitoneale del peduncolo. La temperatura della donna segnava 38,5 la sera del 18 (1).

CXXXIV. — Edoardo Porro (28 giugno 1883). Milano (Maternità). Madre salva — Feto vivo.

Ipara, d'anni 24, pelvi rachitica piatta. C. D. 65. C. V. 54 mm. Utero inciso in sede. Placenta inserita nella parete anteriore. Costri-

---

(1) Dall'*Indipendente*, 25 giugno 1883.

Una corrispondenza epistolare del Dott. Franzolini ci annunciava in seguito che la donna aveva cominciato ad alzarsi al 16° giorno, che dal 2° giorno aveva allattato il suo bambino che trovavasi vispo e ben nutrito. Quanto al modo di fissazione del peduncolo egli fece prima il laccio per l'emostasia provvisoria col cordone di caoutchouk di 5 mm. di diametro e quindi vi sostituì uno stretto laccio di cordoncino di seta bollito nella soluzione fenica al 5 °/₀, ma siccome, atteso un poco, la superficie di sezione dava un po' di sangue, allacciò alcuni dei più visibili vasi e per maggior sicurezza pose anche un laccio di filo di ferro stretto col serranodi di Cintrat. Trapassò quindi il peduncolo fra i due lacci coll'ago invaginato-alato del Berruti e lo fissò all'angolo inferiore della ferita. Il peduncolo cadde in 5ª giornata, e come medicatura si fece uso della stoppa dealbata, depurata e fenicata al 10 °/₀. La cura medica si limitò a qualche clistere di cloralio nei primi giorni per mantenere uno stato quasi costante di lieve ipnotismo, pratica di cui egli si loda molto e che segue da anni in tutti gli operati nel cavo peritoneale, e che secondo il suo avviso risponde meglio di ogni altra ad impedire i riflessi che ascendendo per la catena ganglionare del simpatico danno il contingente massimo di sofferenze e forse di mortalità in simili operati.

zione col serranodi di Cintrat. Operazione circondata con tutte le cautele Listeriane.

CXXXV. — Parish (29 giugno 1883). Filadelfia.
Madre morta — Feto vivo.

Rachitica d'anni 35: C. V. 3 pollici: donna in condizioni sfavorevoli per albuminuria: operazione fatta prima del travaglio ad otto mesi e mezzo prima della gravidanza in camera, la cui atmosfera era stata resa carbolica prima dell' atto operativo. Processo di Müller. Moncone trafisso con aghi. Morte dopo 38 ore per shock e nefrite (1).

CXXXVI. — Clemente Boni (24 agosto 1883). Poppi.
Madre morta — Feto premorto.

IIpara, con vizio di bacino per rachitide, già operata di sinfisiotomia ed applicazione di forcipe nel suo primo parto. Il medico che prima la vide nel corso della 2ª gravidanza aveva pensato al parto prematuro e colla corrente elettrica era riuscito ad avere le contrazioni dell' utero e la dilatazione dell' orificio del medesimo, quando si accorse che si presentava una spalla. Allora senza indugiare tentò fare il rivolgimento ma gli fu assolutamente impossibile penetrare nella cavità dell'utero per afferrare i piedi del feto per cui dopo una manovra di circa 20 minuti si smise l'idea onde lasciar riposare l'inferma. Fu allora che si manifestò una emorragia tanto grave ed ostinata da mettere in serio pericolo la vita della donna e da lasciarla quasi esanime. Creduto più pericoloso l'insistere nei tentativi di liberazione per la via vaginale si passò al taglio cesareo dal Dott. Boni nelle condizioni più sfavorevoli di preparazione essendo in una casa di contadini. L'utero venne inciso in sede: il feto era morto qualche ora prima dell' operazione e si sapeva di operare a feto morto. Il moncone fu fissato all' angolo inferiore della ferita con un forte ago di materassaio dopo averlo allacciato in due porzioni con forte filo di seta. L' operata non venne anestizzata. Il decorso successivo fu molestato da meteorismo, vomito dapprima, ostinata diarrea dopo. L' o-

(1) Comunicatomi dal Dott. Godson.

perata al 19° giorno morì coi segni tutti dell'anemia cerebrale quando già era guarita o quasi della ferita e dopo essersi già alzata da letto per pochi minuti sebbene ciò facesse contrariamente agli ordini dell'operatore. L'autopsia venne rifiutata dai parenti. L'operatore non mette a carico dell'operazione l'esito letale, perchè « la grave emor-« ragia sofferta avanti, la diarrea ostinata dopo e la stomatite che « impedirono alla malata di nutrirsi convenientemente possono dirsi « indipendenti dall'atto operatorio nè dovevano necessariamente sor-« gere a complicarlo » (1).

CXXXVII. — Antonio Martino (1883). Napoli - Ospedale Incurabili. Madre salva — Feto vivo.

Ipara, d'anni 29, rachitica, alta m. 1,05. C. V. 6 ctm. Venne operata fuori travaglio 15 giorni prima del termine. Utero inciso in sede. Costrizione col serranodi del Cintrat: fissazione del peduncolo mediante un lungo ago. L'operazione fu circondata da tutte le cautele Listeriane e durò 15 minuti (2).

(Continua).

(1) Comunicazione epistolare dell'operatore.
(2) Comunicazione epistolare dell'operatore.

DI UN CASO DI PRESENTAZIONE DORSO-LOMBARE

IN DONNA A TERMINE DI GESTAZIONE

PER

il Dott. G. CHIARLEONI

Professore e Direttore della R. Scuola d'Ostetricia Pareggiata di Vercelli e chirurgo primario.

Il Braun nel suo trattato d'ostetricia discorrendo delle presentazioni del tronco nega recisamente che sia mai stata constatata in donna viva e feto a termine e vivo la perfetta presentazione del *dorso*. Non crediamo di esagerare asserendo che tutti i trattatisti moderni di ostetricia sono ad un dipresso dello stesso identico avviso; mentre invece ancora in sul principio del nostro secolo da tutti gli ostetrici si ammettevano quattro posizioni del piano dorsale del feto. Da oltre un decennio che abbiamo fatto dell'arte ostetrica la nostra principale occupazione non una monografia, non la semplice relazione clinica di un qualche caso di presentazione franca del piano dorsale è venuta a nostra cognizione.

Laonde non meraviglierà la dichiarazione che sono per fare e che è questa; che per mio conto non credevo più dei maestri a una presentazione di tal natura. Ma un fatto occorsomi nella maternità che dirigo da circa due anni venne a farmi cambiare di opinione; e in oggi debbo accettare come possibile che il feto *conduplicato corpore* si metta in giusto rapporto con l'apertura pelvica superiore mediante il dorso e più precisamente per la regione dorso-lombare.

Ove la unicità del caso non me ne facesse divieto cercherei di addentrarmi in uno studio storico alquanto esteso dell'argomento, ma lasciando un tal compito ad altri che avessero in avvenire la occasione di osservare simil genere di presentazione, mi limito alla modesta parte di narratore del caso di cui è parola.

Il 30 maggio 1883 veniva accolta nella maternità una contadina di 34 anni, in corso del 9º mese della sua terza gravidanza. Fu rachitica nella infanzia, come si rileva dalle sue dichiarazioni e dalle alterazioni degli arti inferiori e della pelvi, la quale ultima è trovata viziata precipuamente nel suo diametro retto superiore il quale misura appena da 85 a 90 mm. Menstruò a 15 anni e in seguito sempre regolarmente con un ciclo di 28 giorni circa e con la durata di 3. Ebbe due altre gravidanze; di cui la prima giunta a termine, la seconda invece interrotta spontaneamente a 5 mesi. Il parto a termine e l'aborto si compierono senza l'intervento dell'arte; puerperi regolari. Interrogata sull'inizio presente della gravidanza in corso, altro non sa dire se non che ebbe l'ultima menstruazione in sulla fine dell'agosto 1882.

Esaminata il 2 di giugno 1883, si portò diagnosi di gravidanza semplice, uterina, negli ultimi giorni della prima quindicina del 9º mese, presentazione di natiche in posizione destra posteriore, feto vivo.

Tenuto calcolo dell' esito del 1º parto e del genere di presentazione, non si trova ragione di interporsi al naturale svolgimento della gravidanza.

Il 18 giugno alle 7 ant. entra in travaglio. Questo si svolge regolarmente, e alle 2,30 pom. si trova assai progredita la dilatazione (da 6 in 7 ctm.); borsa intatta, voluminosa, emisferica; alquanto impegnata una parte di feto che dalla levatrice erroneamente viene ritenuta per la testa.

Ma al mio esame trovo ancora gli stessi segni per cui 16 giorni prima avevo stabilita diagnosi di presentazione di natiche. Tumore tondeggiante, liscio, levigato, molliccio; il battito fetale chiaro e superficiale nel quadrante inferiore destro in vicinanza dell' ombellico; la testa si palpa assai facilmente in alto e a destra; gli arti inferiori a sinistra in basso lateralmente.

Alle 3,20 pom. e a dilatazione completa avviene la rottura del sacco. Subito dopo all' esame digitale si constata che la parte è assai discesa nello scavo. Essa appare regolarmente sferica, è infiltrata considerevolmente non però al punto da mascherare diversi spazi intercostali che si raggiungono facilmente in avanti e di preferenza a destra. Lateralmente a sinistra dietro la branca orizzontale del pube ma molto in alto si riconoscono le pareti del ventre molli e cedevoli. Non è possibile raggiungere nè il cavo ascellare, nè la scapola, o l' ilio e il sacro.

Si fa diagnosi di presentazione del piano laterale destro, dorso posteriore.

Subito dopo si passa alla versione mettendo la donna attraverso il letto in posizione laterale sinistra; la operazione eseguita con la mano sinistra riesce assai facile come pure la estrazione che si reputò necessaria causa il vizio pelvico.

Il feto maschio del peso di 2880 grm., lungo 50 ctm. venne estratto asfittico, ma potè in breve essere rianimato. *Esso portava alla regione dorso-lombare un tumore di parto di forma circolare del diametro di 8 ctm., rilevato assai e ricoperto dalla cute intensamente cianotica.* Palpando questo tumore di parto ci fu facil cosa il riscontrare la esattezza dei segni fisici rilevati durante il travaglio sulla parte presentata.

Afferrando poi le due porzioni estreme del tronco e flettendole in avanti si poteva doppiarlo a tal segno che gli arti inferiori estesi distavano di pochi centimetri dalla testa leggiermente flessa.

Si trattava adunque in questo caso di una *primitiva* presentazione dorso lombare.

Infatti 16 giorni prima del parto la parte presentata era già quella riscontrata poi all'ultimo momento, ma che però era stata scambiata per una presentazione di natiche.

Si spiegherebbe a nostro avviso la formazione del tumore di parto già fin dagli ultimi tempi della gestazione o al postutto prima della rottura del sacco, concedendo una larga parte alla mollezza dei tessuti della regione, nonchè all' ostacolato circolo di ritorno, quest' ultimo dipendente dalla abnorme ed esagerata flessione del tronco in avanti.

Vista la singolarità del caso avrei voluto poter prendere la fotografia del bambino, ma al mattino seguente tutto il tumore essendo già scomparso mi fu cosa impossibile.

La operata dopo un puerperio regolare veniva dimessa il 26 giugno.

È questo un caso senza dubbio eccezionale, ma che pur tuttavia viene a dimostrare in modo certo la possibilità che il feto a termine s' atteggi per modo da presentare in pieno allo stretto superiore pelvico la regione dorso-lombare.

RASSEGNA

Accademia Medico-Chirurgica di Napoli.

La operazione cesarea *ante-mortem* (su donna moribonda).

L' ostetrico può essere autorizzato a praticare il parto cesareo su donna agonizzante, affine di salvare più sicuramente il feto, a gravidanza giunta nell' ultimo bimestre, ma non a termine? — Nella condizione accennata è lecito far succedere alla amputazione cesarea l'amputazione utero-ovarica (operazione di Porro) anche quando la donna sia ben conformata?

Gli è un quesito importantissimo che veniva posto all' Accademia medico-chirurgica di Napoli dal socio ordinario Prof. Ottavio Morisani per adempiere a una promessa da lui fatta nelle circostanze ch' egli narra come segue:

« Prima di intraprendere lo svolgimento delle questioni che ebbi l'onore di proporre allo esame e alla discussione dell'Accademia, per-

mettete che io esponga in brevi accenti l'origine e le ragioni della proposta.

« Nel maggio ultimo scorso tra le ricoverate nell'ospedale dei pazzi di Brescia era una povera donna incinta all'8° mese, affetta da tifo pellagroso, la quale versava in grave pericolo di vita. Il giorno 30 del mese indicato le condizioni della inferma si fanno gravissime, *disperate;* ella è *agonizzante.* Si chiamano urgentemente i medici presenti all'ospedale; essi constatano lo stato della donna, e notano una *diminuzione dei battiti cardiaci fetali*, sicchè credono in pericolo anche la vita del feto. Non esisteva alcun principio di travaglio di parto, nessuna preparazione delle parti genitali interne ed esterne, capace di assicurare la sollecita e finale estrazione del feto per le vie naturali.

« Quei medici si decidono a praticare la sezione cesarea, la eseguono sollecitamente, facendola seguire dalla amputazione utero-ovarica (processo Porro). Estraggono per tal modo un bambino asfittico, il quale viene rianimato con le cure opportune, ma muore alcuni giorni dopo.

« La donna soccombe dopo due ore dalla operazione.

« Parecchi ostetrici d'Italia furono interrogati sulla convenienza o meno della operazione praticata, si richiese anche il mio giudizio, e mi vennero proposti i seguenti due quesiti:

« 1.° Quesito. — È autorizzato l'ostetrico nelle sopraccennate con-
« dizioni, per salvare con maggiore certezza la vita del feto, a pra-
« ticare il taglio cesareo *ante mortem?*

« 2.° Quesito. — È lecito, *in scienza e coscienza*, di completare
« tale operazione con la esportazione dell'apparato genitale interno,
« mancando — com'è sopra dichiarato — qualsiasi viziatura pelvica,
« nè essendo insorta, dopo l'evacuazione dell'utero, emorragia minac-
« ciosa od altro accidente grave che possa giustificarla?

« Io risposi nel modo seguente:

« 1.º L'ostetrico non è autorizzato, secondo gli attuali precetti della « scienza, ad aprire il ventre ad una donna anche moribonda, ed an- « che in travaglio di parto, pel solo fine di estrarre un feto vivo. « Maggiormente poi è controindicata, anzi vietata la operazione, al- « lorchè la donna versa semplicemente in pericolo di vita, senza che « si possa ancora disperare interamente di salvarla, ed il travaglio « non è ancora cominciato.

« Si è proposto il parto forzato nelle donne moribonde, affine di « evitare il taglio cesareo *post mortem*.

« Quest'operazione è tutt'altro che universalmente accettata, non- « dimeno merita di essere discussa.

« Ma niuno, ch'io sappia, ha mai pensato a tagliare il ventre di « una donna, grave che sia il pericolo, in cui ella versa.

« Nè vi si poteva pensare, poichè la operazione cesarea, seguita o « no dall'amputazione utero-ovarica, è per sè compromessiva per la vita, « e non può che aggravare la condizione della povera inferma.

« Sicchè, quando ella muore, si può sempre domandare, se per av- « ventura non l'abbia spenta la operazione, visto che la morte per « la malattia non poteva ritenersi certa ed inevitabile.

« Del resto la quistione, quale ella la propone, è tutt'affatto nuova, « nè credo possa essere risoluta senza una seria discussione agitata « tra gli uomini competenti ed esaminata dai corpi accademici. Se « ella mi autorizza, io ne prenderei la iniziativa e così potrebb'essere « stabilita questa nuova indicazione del parto cesareo *ante mortem*, « in guisa da evitare l'audacia degli operatori avventati, e da rendere « più intraprendenti e sicuri gli ostetrici onesti.

« 2.º La questione dell'amputazione utero-ovarica mi pare intera- « mente subordinata alla precedente. Quando si stabilisce la conve- « nienza del parto cesareo *ante mortem*, mi pare, che la idea di sot- « trarre in parte la operata ai pericoli gravissimi dei versamenti pe- « ritoneali e delle infezioni puerperali, dovrebbe farsi prevalere alla « sterilità consecutiva alla operazione.

« Fedele alla promessa fatta al collega che mi interrogava io vengo oggi a domandare l'autorevole parere dell'Accademia. »

La discussione che ne seguiva in seno all' Accademia nella seduta del 26 novembre 1882, veniva preceduta dalla lettura di dotte e importanti considerazioni del socio Morisani, per cui la lettura medesima veste i caratteri di una vera monografia sull' argomento *Estrazione del feto in donna moribonda giunta nell'ultimo bimestre di gravidanza ma non in travaglio.*

La lettura del Morisani si può dividere in tre parti: nella prima espone i risultamenti del taglio cesareo *post mortem*, mettendo in evidenza un'altra volta la lugubre statistica di cotesta operazione; nella seconda parte sono esposti i risultati ottenuti con il parto forzato che Rizzoli vuole si chiami piuttosto *parto artificiale istantaneo* ancora sulla donna morta, tanto a termine, che nei due ultimi mesi, ma non in travaglio; nella terza infine rende conto di quel che si ottenne sempre con il parto forzato ma su donna moribonda, espone il pro e il contro l'atto operativo, e termina delineando il quadro in cui stanno le condizioni che possono legittimare, a suo avviso, il taglio cesareo vuoi classico, vuoi modificato, su donna moribonda: le idee e convinzioni del dotto direttore della clinica ostetrica napoletana vengono quindi riassunte in nove conclusioni, ed è su queste precisamente che verteva la discussione nella seduta straordinaria del dì 26 novembre 1882. E qui lasciamo la parola, per essere più fedeli, al processo verbale che porta la firma del fu T. Livio De Sanctis — e quale troviamo nel Fascicolo 3.°, 1882, degli *Atti dell'Accademia:*

Dopo la splendida esposizione fatta dal socio Prof. Morisani, dell'argomento del parto cesareo in donna moribonda, egli proponeva all'Accademia una larga discussione sui seguenti quesiti:

1.° Se l'ostetrico possa essere autorizzato a praticare il parto cesareo su donna agonizzante, affine di salvare più sicuramente il feto, a gravidanza giunta nell'ultimo bimestre, ma non a termine.

2.° Se nelle condizioni accennate sia lecito far succedere alla operazione cesarea l' amputazione utero-ovarica (operazione di Porro) anche quando la donna sia ben conformata.

Dopo la chiara ed erudita esposizione di tutte le statistiche no-

strane e forestiere che ci fornì il socio Morisani, parve al medesimo di illustrare con altri quesiti l'argomento da lui proposto, e conchiuse doversi discutere le seguenti proposizioni:

1.° Su donna morta in travaglio anche incipiente, compiere la estrazione del feto per le vie naturali.

2.° Su donna morta dal 7° mese compiuto della gravidanza in avanti, tentare il parto forzato; ma quando si trovi molta resistenza o si prevedano difficoltà nella estrazione, procedere immediatamente al parto cesareo, sempre che si abbia certezza della esistenza della vita del feto.

3.° Questa ultima operazione è di necessità, allorchè esista un vizio pelvico che renda impossibile od anche molto difficile la estrazione per le vie naturali.

4.° Nello interesse del feto è a preferire la operazione su donna moribonda, anzichè aspettare che sia avvenuta la morte.

5.° In donna moribonda a termine di gravidanza, con cominciamento di travaglio, compiere il parto per le vie naturali.

6.° Dal 7° mese compiuto in avanti su donna moribonda tentare, sempre che si abbia un certo tempo, la provocazione del parto con mezzi più efficaci e solleciti, anche quando, preparate le parti, si debba compiere artificialmente la estrazione del feto.

7.° Se il tempo sia molto breve e l'agonia avanzata, tentare la operazione del parto forzato.

8.° Quando si incontrino difficoltà gravi a penetrare con la mano nella cavità uterina e si giudichi grandemente pericolosa per la vita del feto la estrazione delle vie naturali, procedere alla operazione cesarea, seguita o no dall'amputazione utero-ovarica, dopo avuto lo assentimento di altri colleghi. La operazione dovrà essere praticata con le stesse precauzioni, che si adoprerebbero, se la donna fosse in buone condizioni di salute.

9.° Rimangono fermi le regole e i precetti che si riferiscono alla operazione del parto forzato, praticato nello interesse della donna, non meno che del feto.

Il socio Vice-Presidente Prof. Iacolucci prende la parola per di-

chiarare in tesi generale che quando si tratti di madre e feti morti, non ci ha quistione alcuna a porre; ma a feto vivo e madre morta, entra direttamente in campo il parto cesareo e non altro, perciocchè in questo caso il rivolgimento o l'applicazione del forcipe o altre manovre sul feto non farebbero che danneggiarlo. — Laonde egli preferisce il parto cesareo, ma sempre a madre morta.

Il socio Prof. Martino ricorda che la base della presente discussione si ritrova nel primo Ordine del Giorno proposto dal Socio Morisani, base che sebbene modificata in altro ordine del giorno, pure deve arrestarsi sulla proposta del parto cesareo e se debba praticarsi su donna moribonda. Egli pensa perciò che risoluta una tal quistione, tutti gli altri quesiti proposti rimarrebbero similmente risoluti.

Ritornando al primo punto di partenza, cioè alla donna con tifo pellagroso, ch'era gravida di otto mesi, e su cui, moribonda, si operava il parto cesareo con isterectomia, pensa che in questi casi di morbi gravi infettivi, l'infezione attacca anche il feto, il quale, il più delle volte, premuore alla madre. — Il perchè se il parto cesareo in donna sana, ma viziata di bacino, è già una grave operazione, questa si renda gravissima in donna malata e moribonda. — Con tutto ciò egli ricorda che in Napoli nessun feto sopravvisse al parto cesareo operato su donna morta. Si accosta perciò all'opinione del Morisani, tanto più che l'operazione cesarea è più sollecita di altre operazioni ostetriche, quando si tratti di sceglierne una per la pronta salvezza del feto.

Il socio Morisani rammenta che non sia qui il caso di ritornare alla donna pellagrosa che fu, moribonda, operata di parto cesareo ed isterotomia. Si tratta bensì di tesi generale per risolvere una quistione di principii e di pratica nei casi di donna moribonda. Egli accetta quindi l'ultima conclusione del Martino, ma non crede si debba fare il parto cesareo, sol perchè è operazione più sollecita rispetto ad altre operazioni praticate sul feto vivo, ma perchè in donna morta, secondo le statistiche largamente riferite, qualcuno appena sopravvive. Ci hanno inoltre i casi di morte apparente, e su di essi il parto cesareo fu praticato senza norme, credendo di operar su morti. Quindi su morta

o viva, l'operazione va fatta, come se si tratti di viva, e con tutte le norme d'arte e di scienza.

Appena morta la madre, diceva il socio Iacolucci, si faccia il parto cesareo. Ma se i feti non sopravvivono anche in questo caso, pensare che pur passi qualche tempo per preparar l'operazione, che non dev'essere mai un sollecito sventramento, dovrebbe certo farsi temere maggiormente il danno del feto — che si vuol salvare, non volendo certo sacrificar la madre, se viva.

Se poi il travaglio del parto in donna moribonda sia iniziato, posta la integrità del bacino e vivo il feto, nessun ostetrico esiterà a farne il rivolgimento, che non pure è sollecito, ma non danneggia altresì il feto.

Il socio Novi ricorda un caso del Rizzoli del 1833, da cui quel gran chirurgo trasse un precetto, cioè che in tutt'i casi bisogna tentare il parto per le vie naturali.

Il socio Derchia dice, che se in travaglio di parto la donna muore per incidenti, l'ostetrico certo compie il parto per le vie naturali. Se poi la donna muore e non per accidenti del parto, sarebbe inutile il parto forzato, ma si dee fare il parto cesareo.

Il socio Novi richiama il Prof. Derchia alla parola dell'articolo in discussione, dove si dice doversi su donna morta, dal 7° mese compiuto della gravidanza, tentare il parto forzato; ma quando si trovi molta resistenza, o si prevedano difficoltà nella estrazione, procedere immediatamente al parto cesareo. Ed il socio Derchia appunto per ciò aggiunge che al 7° mese di gravidanza il collo dell'utero non è spianato, onde le difficoltà.

Poichè nella seconda questione si parla soltanto di resistenza, così il socio Prof. Albini, vorrebbe emendarlo con l'aggiungere *molta* resistenza. Al medesimo articolo il socio Fede propone l'altro emendamento: *sempre che non si abbia certezza della morte del feto.*

Il socio onorario Romanelli accetta il tentativo di parto forzato, ma con gli emendamenti proposti, ed il socio Novi formola gli emendamenti medesimi.

Il socio Morisani accetta gli emendamenti, e conviene col socio

Derchia che al 7º mese il parto forzato presenta veramente talvolta delle gravi difficoltà. Tutto il collo dell' utero non si può dispiegare, ma la bocca è certo modificata. Pur tuttavolta, se la donna sia moribonda e la mano trovi appunto quella molta resistenza, che si è posta nell'articolo 2º, sarà veramente il caso del parto cesareo. Che se, come talvolta accade, anche nelle agonizzanti alcune contrazioni uterine possano dispiegare il collo dell' utero, sarebbe erroneo il non tentare il parto per le vie naturali, come nell'articolo 7.º Ma se nel tentarlo si trovino molte difficoltà, anche per la estrazione del feto, bisogna possibilmente salvarlo col parto cesareo.

Questa conclusione non è accettata dal socio Derchia, ed il socio Martino aggiunge che pel parto forzato la donna si offende sempre, e perciò vorrebbe cancellato il 2º comma della proposta. — Il socio Morisani però nota che come principio il parto forzato non può essere smesso, dandosi dei casi nei quali è necessario, com' è per esempio una grave emorragia, in cui anzi è agevole il farlo, non essendo che forza d'introduzione di mano o di strumento e di estrazione di feto. Anche questo è parto forzato, eppure non è malefico in guisa da offendere sempre una donna in parto. Il socio Martino ricorda che pel parto forzato si tengono per ora già stabiliti i casi della sua indicazione, nè si potrebbe sostituire alla gastro-isterotomia in donna agonizzante, poichè si perderebbe un tempo preziosissimo per la vita del feto senza alcun vantaggio per la madre, come risulta dalle statistiche riferite dal socio Morisani.

Giunta la discussione a questo punto, l'Accademia approva i tre primi articoli della proposta con gli emendamenti dei socii Albini e Fede. Il quale, convinto che debbano essere egualmente rispettati i dritti alla vita, sì della madre che del feto, riferma che il parto cesareo si debba eseguire su donna morta e non moribonda od agonizzante. E poi aggiunge che non si potrà mai determinare se l'agonia fosse foriera di certa morte, quando illustri clinici si sono ingannati nel loro pronostico. Una donna moribonda inoltre non può valersi dei suoi dritti per opporsi od accettare una grave operazione, e se qualcuno soltanto de' neonati sopravvive al parto cesareo dopo la morte

della donna, è forse perchè si opera troppo tardi. Il feto si abitua a lenta respirazione, che egli ha debolissima; e quando si sa che un cane adulto sott'acqua muore in due minuti ed un cagnolino appena nato in cinquanta, si può bene sperare la salvezza del feto. Il solo indugio può nuocergli molto.

Per la dubbia agonia il socio Novi fa distinzione tra malattie acute e croniche della donna. Delle croniche non è a discorrere, perchè il feto premuore alla madre e non è il caso di provocare il parto. Non così in morbo acuto, in cui veramente si può pronosticar la morte, e bisogna salvare il feto anche a discapito di qualche ora di meno di vita della madre.

Il Socio Armanni oppone al socio Fede che in nessuna azione umana vi è pura certezza, invece tutto è relativo tanto nei giudizii scientifici, quanto nella pratica dell'arte. Sarebbe doloroso lo ammettere che chi sappia diagnosticare una malattia non ne vegga la gravità e gli esiti, e quindi non vegga il pronostico. Il fallire tante volte può esser colpa della scienza e dell'arte, tante altre volte però è dello scienziato e dell'artista, se non sia nè l'uno nè l'altro. Guai se di un giudizio non ci fossero i dati od almeno gl'indizii. Laonde vediamo per questi soli mandare al patibolo chi offese la Società, per salvare la Società. Il giudizio dunque vero dello stato agonizzante di un malato è fondato sulla coltura del medico, che bene e saggiamente rappresenti l'arte sua, ed il suo giudizio sarà relativo a queste basi di sapere e di pratica. Vero è che una donna agonizzante non possa far valere i suoi diritti, e si debba perciò impedire di toccarla. Per lo meno vi vorrebbe una legge che tuteli i dritti di una moribonda. E qui potrebbe risorgere la quistione, se bisogni salvare una vita assicurata, o quella problematica di un essere non ancora venuto a luce. In somma una è la questione ed è quella che importa tutelare la vita.

A tal proposito il socio Vice-Presidente Iacolucci aggiunge che quando in donna sana di mente si prescriva la necessità di una operazione grave, la donna stessa può piegarvisi volontariamente, mentre alla donna moribonda e priva di sensi è tolta la libertà volitiva. Quindi ripete che accetta il parto cesareo solo in donna morta.

Il socio Morisani risponde al socio Novi che poco giovi al caso la distinzione di morbi acuti e cronici, ed al socio Armanni, che sebbene il giudizio possa esser fallace, pure è sempre relativo, ma s'invoca giustamente se ha risguardo ad una vita preziosa, che certo si perderebbe, senza giovare a quella della madre, o sperando di salvare anch'essa. In fine si domanda:

Quanti sono i risorti quando un buon medico ha pronosticata la morte dei malati? Appena morrà la donna, dice il socio Fede, si farà il parto cesareo; eppure si sa che i feti muoiono quasi contemporaneamente alle madri, o anche prima, o immediatamente dopo. Certo è dalle statistiche che se il parto cesareo è ritardato, poco o niuna speranza si può riporre nella durata della vita del feto; e ciò ad onta degli sperimenti su animali citati dal socio Fede.

Laonde, aggiunge il socio Martino, non aver più valore l'antica questione se si debba salvare la madre ed il feto. Si abbia ogni riguardo per ottenere questo nobile scopo, ma si pensi a salvare chi più probabilmente può salvarsi. Cita a proposito il De Rensis, il quale dice che se si tratti di scegliere fra due esseri in pericolo, uno però che possa salvarsi a spese dell'altro, il chirurgo non dovrebbe esitare, quando dalla sua inazione dovesse risultare la morte di entrambi. L'ostetrico potrà pentirsi più della sua inazione, che dell'aver operato secondo scienza ed arte. Quando allo stato di agonia della donna, a lui pare siasi troppo voluto sottilizzare, e se in questo grave argomento si dovesse guardare alle difficoltà ed incertezze, queste, più che per l'agonia, s'incontrerebbero nell'accertare la vita del feto e nelle morti apparenti. Se donna ancor viva e feto rigoglioso, certo niuno si accingerà a pronta operazione; ma se la vita della madre va sempreppiù mancando, e con essa affievolisca quella del feto, anche in morte apparente, dovrebbe procedersi alla gastro-isterotomia. Quindi egli accetta che in donna agonizzante si debba praticare il parto cesareo, associato o no all'isterotomia, secondo i casi e con molta riserva; tanto più che la gastro-isterotomia è come tutte le altre operazioni chirurgiche, le quali debbono essere sempre bene indicate e bene eseguite.

Il socio Morisani ringrazia l'Accademia della larga e minuziosa discussione tenuta sul grave argomento del parto cesareo in donna moribonda, e per riconfortare i timidi e dubbiosi aggiunge come per conclusione :

Ch'egli non crede arbitraria l'operazione cesarea in donna moribonda, quando s'invocano i consigli di dotti medici e sperimentati ostetrici, i quali, se veramente sentenziano che per la madre non ci ha salvezza alcuna, solo allora il parto cesareo si farà per salvare il feto.

In moltissimi casi, come affermava anche il Romanelli, la prognosi è certa per la vita della madre, la quale non si precipita certamente per l'operazione, come pensa il Vice-Presidente, perchè la donna non muore pel parto cesareo, ma per una malattia che l'uccide. Anzi è accaduto che pel parto cesareo qualche moribonda è risanata, e qualche morta apparentemente si è ridestata.

In bacini assai ristretti, perchè si prescrive il parto cesareo e non già la embriotomia, se non fosse per salvare un feto vivo? Il certo è questo, che molte volte il feto si sacrifica per la madre, ma questa essendo in imminente pericolo di vita non si sacrifica certo per la vita del feto.

Finita la discussione, il Presidente mette ai voti il principio che l'ha informato, cioè se in donna moribonda sia opportuno e saggio di operare il parto cesareo. Si vota per appello nominale, e rispondono sì per l'approvazione i socii De Martino, De Sanctis, De Nasca, De Luca, Zigarelli, Antonelli, Armanni, Martino, Testa, Sagliano, Minervini, Morisani e Notarianni.

Non approvano e rispondono no i socii Iacolucci, Fede, Albini, Pasquale e De Luca. — Si astennero Miraglia e Reale.

Il socio Prof. Albini dichiara di aver votato per il sì all'art. 4°, ma nel caso in cui lo stato grave della donna dipenda dalla gravidanza stessa. — La medesima osservazione è presentata dal socio Vice-Presidente Prof. Iacolucci, il quale similmente approvò l'art. 4.°

Dunque 12 voti approvano contro 5 che non approvano — e perciò a maggioranza la proposta Morisani è approvata.

STUDII AMERICANI

L'ottimo Dr. R. Harris, di Filadelfia, l'infaticabile cercatore di quanto si attiene alla operazione cesarea, ci manda un prospettino statistico tolto da un suo studio che vedrà la luce in ottobre nel giornale americano delle scienze mediche.

Pubblichiamo di buon grado il prospettino e la nota che l'accompagna, dichiarando ad un tempo che non ci pare troppo giustificata la classificazione di Harris che innalza all'onore di metodo il processo di Müller che è la dieresi dell'utero previamente estratto dall'addome: analoghe considerazioni si possono fare a quella che Harris chiama *Prèvôt hysterectomy, after uterine rupture;* vediamo che il Professor Mangiagalli, in questo stesso fascicolo nel suo studio storico-critico che sta pubblicando non ha mancato di toccare e di esaminare cotesto punto della questione e anche quell'altro della poca convenienza di dare il nome dell'autore ai metodi e processi operativi.

Ecco il prospetto di Harris:

Classificazione e risultamenti del taglio cesareo modificato

— Metodo Porro —

		Numero dei casi	Madri guarite	Feti estratti vivi
1	Vere, o genuine, operazioni Porro	82	38	64
2	Operazioni Porro-Müller	34	18	26
3	Affondamento del peduncolo (Sez. Porro) . .	8	—	7
4	» (Sez. Porro-Müller)	5	2	5
5	Ablazione dell'utero gravido a feto non vitale	4	3	—
6	» e affondamento del peduncolo . .	1	—	—
7	Isterectomia (Prévot) dopo la rottura dell'utero	4	—	—
8	» e affondamento del peduncolo .	2	—	—

Operazioni Porro . 82 } 116 { Donne guarite 56 = 48 $^{8}/_{29}$ 0/0
» Porro-Müller 34 } { Feti venuti vivi 90 = 76 $^{16}/_{59}$ 0/0

Filadelfia, 29 *agosto*, 1883.

Mando un'analisi delle operazioni di Porro, e così dette di Porro, che vennero praticate fino a tutto luglio 1883. — L'Italia conta 43 casi del N. 1 con 20 guarigioni, 5 del N. 2 con 2 guarigioni, 1 del N. 3 e 2 del N. 8, tutte morte. — A che pro fare la operazione Porro se questa deve dare la mortalità riferita nei numeri 3 e 4?

Vostro R. Harris.

Padova, 24 *Ottobre* 1883.

Nell'Istituto Ostetrico della R. Università di Padova, diretto dal Sig. Prof. M. Frari, nel giorno 30 settembre u. s. alle ore 9 pom., si eseguì alla presenza del sig. Prof. Bassini e di parecchi medici dell'Ospitale la gastro-istero-ovariotomia cesarea, metodo del Porro, in donna rachitica con bacino ristretto in 3° grado. L'operazione fu sollecita e senza alcun accidente.

La donna morì in settima giornata di peritonite settica. La bambina, bene sviluppata, del peso di grammi 2700, vive tuttora.

Si rende noto questo caso per servire alla statistica di tale importante operazione!!

Prof. Dott. Domenico Chiara Direttore-gerente responsabile.

Milano — Tip. Pietro Agnelli, via Pietro Verri, 16.

Volume V. Novembre-Dicembre 1883 N. 11-12.

ANNALI
DI
OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

ISTITUTO OSTETRICO DI TORINO
diretto dal Prof. Cav. DOMENICO TIBONE

ROYAL COLLEGE OF LIB

NOTE DI VIAGGIO

del Dottor GIOVANNI INVERARDI

Medico 1° Assistente nell'Istituto Ostetrico di Torino.

Raccontare le impressioni di un viaggio che venne già fatto e narrato da altri potrebbe parere opera presuntuosa o per lo meno superflua.

Certo, quantunque io intenda fare tutto il possibile per tenermene lontano, tuttavia non potrò assolutamente evitare qualche ripetizione necessaria per la chiarezza del discorso.

E questa considerazione mi parve dapprima tanto forte che mi fece gettare d'un tratto queste mie memorie, e forse non le avrei più messe fuori se, insieme a molto vecchio, non avessi poi, a mente calma, veduto che vi era qualche cosa di nuovo.

E facilmente ciò si spiega e capisce allorquando si pensi che il Dott. *Bergesio* (1) ed il Prof. *Mangiagalli* (2) pubblicarono le impressioni dei loro viaggi nel 1879. A niuno parrà quindi strano che percorrendo luoghi già percorsi, e parlando di istituti e pro-

(1) L. Bergesio. *Per le Cliniche estere.* — (L'*Indipendente.* Torino 1879).

(2) L. Mangiagalli. *Impressioni di un ostetrico in viaggio.* — (*Annali di Ost., Gin. e Ped.* Milano, 1879).

fessori già noti, si possa pur tuttavia, dopo quattro anni, trovare qualche cosa di diverso che franchi la spesa di far conoscere.

Il Prof. *Giovanni Calderini* (1) toccò e descrisse gli stessi luoghi da me visitati, nell'80 e 81, ma il suo scritto è diretto specialmente alla investigazione del modo migliore per impiantare fra noi le cliniche ginecologiche, che fuori d'Italia funzionano così bene a fianco sempre dell'ostetricia.

Del resto faccio premettere una doppia dichiarazione; primieramente che del già detto non ripeterò che quanto mi è assolutamente necessario per essere più facilmente inteso, ed in secondo luogo che senza ledere alla chiarezza sarò, nel nuovo, più breve che mi sarà possibile, e questa brevità mi varrà forse a conciliare la benevolenza del lettore.

Lasciato Torino venni direttamente a' Venezia ove arrivai la sera stessa. Il genere tutto unico della città mi invogliò a fermarmi e vedervi l'ospedale, nel cui seno sta alloggiata la Sezione Ostetrica, ove si dà lo insegnamento dell'Ostetricia alle Allieve Levatrici. Perciò mi diressi al venerando Prof *Valtorta*, nel quale trovai tale una premurosa gentilezza che ne fui veramente colpito, e di cui serberò sempre gratissima memoria. — È appunto dalle sue parole che appresi quanto di interessante offre quella clinica, che presentasi pulita e linda al visitatore. — Le camere sono mediocremente larghe e ventilate, i pavimenti sono alla Veneziana ed i letti in legno dolce verniciato. — In questo locale si dà lo insegnamento teorico e pratico alle Allieve Levatrici.

Il numero dei parti che negli anni andati era di circa 400 all'anno ora giunge a stento a 250.

La ragione di questa diminuzione si deve ricercare in un provvedimento economico preso dall'Amministrazione provinciale, sul cui bilancio gravita la gestione della Maternità, quello cioè di non permettere l'entrata nella Sezione Ostetrica alle donne che non sono della provincia e che non siano arrivate alla metà del nono mese di gravidanza. Perciò il numero delle gravide, specie

---

(1) G. Calderini. *L'Ostetricia e la Ginecologia nelle Università tedesche.* — Parma, 1881.

le illegittime, che numerose accorrevano a questa Maternità, è venuto di molto a diminuire.

La Clinica è fornita di due camere pel parto attigue con cinque letti in tutto. I letti del parto sono foggiati in modo che occorrendo un atto operativo si può togliere la parte verticale corrispondente ai piedi del letto, in guisa che la donna, fatta scivolare in basso trovasi senza grave disturbo col bacino sul margine del letto.

L'armamentario è ben fornito; vi si trova un forcipe Rizzoli che è il favorito dal Direttore della Scuola veneziana, un piccolo forcipe Simpson per lo scavo, l'apparecchio del Guyon, lo sfenotribo dell' Hubert, il cefalotribo siccome venne ideato e costrutto dei fratelli Lollini, il forcipe sega di Van Huevel che viene con eccellenti risultati adoperato e con particolare amore preferito dal professore di Venezia al cefalotribo e al cranioclasta, quantunque tutti e due questi istrumenti si trovino nell' armamentario, uncini acuti ed ottusi, un trapano, leve, ecc.

Nella Clinica l'unico caso che allora avesse qualche interesse scientifico, era una donna a cui si era interrotta la gravidanza a sei mesi e mezzo per vomiti incoercibili, i quali cessarono completamente appena incominciarono le doglie.

La parte anatomo-patologica è degna di speciale menzione trovandosi là conservato un esemplare stupendo di bacino obliquo ovalare del Naegele, con atrofia dell'ala sinistra del sacro, e corrispondente sinostosi sacro-vertebrale.

Questo bacino apparteneva ad una donna che non era claudicante.

Primipara, partorì spontaneamente e facilmente un feto di normale sviluppo e a termine. Il feto nacque vivente ed in presentazione di vertice, il quale era di già disceso nello scavo in principio del soprapparto.

Osservai pure un bellissimo esemplare di bacino cifotico per malattia del Pott, assai rassomigliante a quello che venne descritto da me (1). La cifosi è dorso-lombare e la forma dello stretto superiore, dello scavo e dello stretto inferiore è affatto caratteristica.

Degno di osservazione è pure un bell'esempio di *bacino grande,*

---

(1) G. Inverardi. *Descrizione di un bacino cifotico.* — *(Annali di Ost., Gin. e Ped.* — Milano, 1881).

il quale doveva certo appartenere ad una donna gigante, fatto però che non deve essere assolutamente raro fra le abitatrici della Laguna, poichè se debbo giudicare dalle impressioni che io ricevetti nel mio breve soggiorno a Venezia, le forme atletiche d'ambo i sessi sono colà assai più frequenti che presso di noi.

Esiste pure un preparato interessantissimo e molto istruttivo, in cui si può nitidamente vedere ad occhio nudo la vescichetta ombellicale in via di atrofia L'embrione ha un mese e mezzo circa, l'amnios è intatto e i rapporti sono esattissimamente conservati.

La parte ginecologica è distribuita nelle diverse sezioni chirurgiche dell'Ospedale, e non posso lasciare questo argomento senza aver prima mandata una parola di encomio e di ringraziamento pel Prof. *Valtorta*, pel Dott. *Vecelli* e pel Dott. *Bonafini*, assistente del Valtorta questi, chirurgo primario il secondo, per la cordialità grande colla quale mi ricevettero e per le ore che vollero spendere per farmi vedere quanto possiede quell'Istituto salutare, il quale pel locale grandioso, e pulito, pel materiale pratico abbondante, per gli apparecchi di cui può disporre e per l'elevatezza dei sanitarii può essere annoverato fra i primi d'Italia.

Varcato il confine a Pontebba mi recai d'un tratto a Vienna attraversando quella incantevole regione delle Alpi e quella parte dell'Austria che ha per centro l'ameno villaggio di Semmering, che può molto giustamente paragonarsi per le verdeggianti valli e per la tenacia degli abitanti alla Svizzera.

Appena arrivato a Vienna mi diressi all'Ospedale ove trovasi la Sezione Ostetrica divisa fra i tre Professori *Carlo Braun*, *Gustavo Braun*, fratelli, e *Spaeth*. — Sopra l'ordinamento delle cliniche, la distribuzione delle donne e l'insegnamento ivi impartito per essere fedele alla mia promessa non dirò nulla potendo il lettore trovare nello scritto del Prof. *Mangiagalli* (1) minute ed esatte indicazioni sopra questo istituto immenso, sede di tutte le cliniche universitarie.

Soltanto non posso a meno di manifestare la sorpresa che provai allorquando introdotto con somma cortesia dal Prof. *Carlo Braun* e dal Medico 1° Assistente Dott. *Pritzl* nelle sale ostetriche trovai tale un ingombro di puerpere e così vicine le une alle altre, che

(1) Mangiagalli. Loc. cit.

proprio ne rimasi stupefatto. I letti sono in ferro, con una tela metallica che serve di sostegno a due coperte di lana involte in una federa, sulla quale sta un primo lenzuolo piegato in quattro, e sopra questo un secondo piegato a triangolo a livello del bacino della donna. Come si vede le donne non hanno nè pagliericcio, nè materazzo, facendo la tela metallica le veci del primo e le coperte di lana le veci del secondo. Questo letto molto semplice e che soddisfa assai bene alle esigenze della moderna igiene ospitaliera, non è, come parrebbe a prima vista, incomodo e duro, ma gode di molta elasticità e le donne vi stanno senza lagnarsi affatto. Ad onta che le puerpere siano così vicine le une alle altre, che i cameroni siano pieni zeppi di puerpere e che l'aria non circoli in modo perfetto, i processi puerperali vi sono rarissimi, non avendosi da qualche anno in qua che il 3-4 per 1000 di mortalità. Cifra che va ancora diminuendo fino all' 1 per 1000 nelle cliniche del Prof. *Gustavo Braun* e del Prof. *Spaeth* per l'assenza presso il primo di studenti, impartendo l'insegnamento soltanto alle allieve levatrici, e per la minore affluenza di studenti nella seconda in confronto di quella di *Carlo Braun.*

Del resto le Cliniche Ostetriche di Vienna sono regolate dagli stessi principii, e si può veramente dire che vedutane una si sono vedute tutte e tre. Il numero dei parti è in media di 3000 circa per ogni Clinica con una leggera differenza in più per quella di *Carlo Braun.*

Ma lo stupore che naturalmente prova il visitatore nel sentire una mortalità così piccola con un ingombro così grande di puerpere, si accresce allorquando egli viene a sapere che le donne non sono assoggettate a nessuna cura nè medicazione fino a che il puerperio decorre normalmente. Il che vuol dire che nel massimo numero delle puerpere il puerperio decorrendo normale, nel massimo numero di donne si fa *niente.* E questo nullismo è addirittura assoluto imperocchè non solo dietro informazioni ricevute, ma coll'osservazione diretta mi persuasi di ciò che viene fatto nelle Cliniche Ostetriche viennesi.

Mi recai cioè un mattino alla Clinica del Prof. *Carlo Braun,* e mi trattenni dalle 7 alle 11 nelle camera del parto ove trovavansi sei donne in travaglio. Di queste tre si sgravarono nel frattempo ed è su queste che ho potuto fare le mie osservazioni. I cinque studenti di guardia, che vennero chiamati dal Dottore Assistente, dopo essersi lavate le mani prima in acqua saponata e poi feni-

cata, ed essersi spazzolate le unghie esplorarono tutte le donne che erano in travaglio, per modo che ogni donna si sottopose a sei esplorazioni compresa quella del Dottor Assistente.

Alle donne non venne mai nè prima nè dopo praticata lavatura di sorta. Esse vennero ripetutamente esplorate, partorirono, furono messe nel loro letto del puerperio senza che mai venisse loro fatta lavatura di sorta, nè sovrapposta ai genitali qualche sostanza atta ad assorbire gli scoli lochiali.

Durante il puerperio non si fa di più. Alle donne si cambia frequentemente la camicia, ed occorrendo il primo od anche il secondo lenzuolo piegato che si trova sotto il bacino, ma i genitali non si toccano mai finchè il puerperio non diventi patologico.

Quando qualche donna ha la febbre in soprapparto allora soltanto dopo il parto si lavano la vagina e l'utero con acqua fenicata. Come pure viene per bene lavato l'utero se la donna viene colta da qualche processo infettivo nel corso del puerperio. La lavatura è diligente ma si fa una volta sola o tutt'al più due, e dopo che l'utero è ben lavato si pone nella cavità uterina un grande trochisco di figura cilindroidea fatto colle seguenti sostanze:

Jodoformio	grammi	6
Gomma arabica	»	6
Glicerina	»	6

per fare una supposita di forma cilindrica ad estremi arrotondati.

L'ambiente è tenuto puro ed asettico non solo con tutte le precauzioni prese nel soprapparto, e con un'estrema pulizia di tutte le più piccole parti; ma ancora per mezzo di un apparecchio di disinfezione assai comodo e sicuro. Questo consiste in una grande stufa di terra cotta, nella quale sono messe le camicie, le lenzuola, le coperte ed ogni sorta di biancheria prima di essere adoperata. Tali stufe, in numero di due, sono poste nella camera del parto.

Quivi gli oggetti di biancheria subiscono l'influenza di un'alta temperatura in cui sono mantenute per qualche tempo. È questo certo il mezzo più semplice e sicuro di disinfettare la biancheria, e che ha certo un'importanza non piccola nelle condizioni igieniche di questo Istituto che sono veramente floride.

Di più, la purezza e l'asepsi dell'ambiente è ancora assicurato col far trasportare le donne immediatamente dopo che la temperatura diventa sospetta e che la forma morbosa ha l'aspetto di essere di natura infettiva.

Questo è il metodo di assistenza che è in pieno vigore nelle Cliniche Ostetriche di Vienna, le quali considerate complessivamente danno un numero medio di 9000 parti all'anno in cifra rotonda, con una mortalità complessiva del 1,77 per 1000. Cifra veramente piccolissima e che fa seriamente pensare sulla più utile assistenza ostetrica.

Un altro punto a cui ho pure mirato in questo mio soggiorno a Vienna fu il modo di applicazione del cranioclaste, così vantaggiosamente modificato dal Clinico Viennese, e che forma oggetto di disputa nella nostra patria.

Se difatti si legge quanto hanno scritto riguardo al modo di applicare e di funzionare di tale istrumento il *Fabbri* (1) ed il *Cuzzi* (2) esso dovrebbe essere portato nella metà posteriore del bacino e ai lati del promontorio sacro-vertebrale onde ottenere colle trazioni di fare insinuare la base per isbieco dapprima colla metà posteriore e poi colla metà anteriore.

Se si sta invece a quanto hanno detto il *Mangiagalli* (3) ed il *Bergesio* (4), esso dovrebbe essere portato sempre in modo da ottenere la deflessione del capo, ed abbracciare nel suo seno, o per dir meglio nel suo morso, la faccia del feto e più precisamente il diametro mento-sopranasale.

Il Dott. *Nicola* (5), nell'intento di vedere quanto di vero ci fosse in quest'asserzione, istituì esperienze in seguito alle quali esso è obbligato a dire che ad onta di molta buona volontà non potè giammai ottenere la deflessione completa del capo, e tanto meno a comprendere nel morso dello strumento il diametro mento-sopranasale.

---

(1) Fabbri G. B. *Sull'embriotomia, compresovi il processo di cefalotripsia interna.* — Bologna, 1875.

(2) Cuzzi A. *Sul cranioclaste.* — Torino, 1878.

(3) Mangiagalli. *Impressioni di un ostetrico in viaggio.* — Milano, 1879.

(4) Bergesio. *Cefalotribo o cranioclasta?* — Torino, 1880.

(5) Nicola. *Contributo allo studio del modo di agire del cranioclaste del Braun.* — Milano, 1880.

Il *Negri* (1) e poco dopo il *Mangiagalli* (2), tentarono di dimostrare la verità del loro asserto appoggiandosi ad un brano dell'ultima edizione del trattato del *Braun* stesso, il quale pareva decidere assolutamente la questione. Credo pregio dell'opera riportare questo brano. « Nelle presentazioni del vertice l'estrazione si ottiene il meglio possibile col cranioclasta, di cui la branca solida è introdotta nella cavità craniana, e la fenestrata applicata sul viso in modo da abbracciare la base del cranio e la superficie facciale. »

Poco dopo compariva ancora un lavoro sperimentale del Dottor *Pugliatti* (3), nel quale l'autore in base ad esperimenti condotti in questa direzione si dichiarava partigiano di quest'ultimo modo d'agire del cranioclasta con una clausola però, che nel massimo numero dei casi la deflessione completa del capo non si può ottenere, che solo si ottiene una deflessione incompleta, e che afferrare addirittura il diametro mento-sopranasale è la eccezione, dovendosi considerare come la regola il caso in cui il diametro mento-frontale si dispone parallellamente al morso dello strumento.

La questione era a questo punto allorquando venni incaricato, in virtù di disposizioni regolamentari vigenti nella Clinica Ostetrica Torinese, di eseguire cogli studenti che frequentano il corso di Ostetricia in questa Università delle esercitazioni pratiche sulle operazioni embriotomiche, che da due anni vado eseguendo e facendo eseguire in presenza della scolaresca. A tal uopo venivano posti cadaverini fetali in bacini di ghisa fusi sopra i diversi esemplari di viziatura pelvica, e cogli altri metodi venne sempre tentato anche questo, ma per vero dire ritenendomi meno abile o fortunato di altri non riuscii *giammai* nè ad ottenere la deflessione del capo, nè ad afferrare il diametro mento-sopranasale.

Quantunque queste mie numerose esperienze condotte con tutta diligenza dinnanzi a giovani intelligenti per ben due anni di seguito mi avessero di già fatto abbracciare l'opinione di quelli che ammettono limitatissimo il movimento di estensione che era possibile ottenere con questo peculiare maneggio, proposto come

---

(1) Negri. *Il cranioclasta di Braun.* — Milano, 1882.

(2) Mangiagalli. *Rendiconto clinico.* Quinquennio 1875-1879. — Milano, 1882.

(3) Pugliatti. *Espulsione ed estrazione della testa fetale dopo la craniotomia.* Napoli, 1882.

si diceva dallo stesso Braun, pur tuttavia essendo disposto a porre quei miei insuccessi a carico di una mia deficiente abilità a maneggiare l'istrumento, volli interpellare esplicitamente l'inventore dello strumento, incoraggiato dalla somma gentilezza da esso ognora dimostratami. Riporto qui la sua risposta che suonava così:

Si fa dapprima la craniotomia col trapano, si ottiene l'excerebrazione, indi si porta la branca piena nel foro e la si spinge in alto fino ad urtare la base craniana, e là si mantiene da un assistente. Indi conoscendo da qual lato del bacino si trova la faccia là si porta la branca fenestrata in modo che sia compresa nel morso dello strumento una parte della base, la fronte ed una parte della faccia in prossimità della metà anteriore (frontale) della periferia basica. Non pago ancora di questa risposta abbastanza chiara domandai ancora se non portava la branca piena sull'occipite tendendo con movimenti di innalzamento di ottenere la deflessione del capo onde potere abbracciare poi il diametro mento-sopranasale colle branche dell'istrumento, e mi venne risposto recisamente non aver giammai tentato nè pensato mai di tentare tale procedimento.

Non è adunque tutta la faccia che il Braun abbraccia col cranioclasta, ma soltanto la fronte e un punto della metà anteriore della periferia della base craniana, che corrisponde all'osso frontale. E lo scopo che si propone il Braun nel portare verso la faccia la presa dell'istrumento, è manifestamente per la maggiore copia di parti resistenti che si trovano sulla faccia del feto in confronto dell'occipitale. Del resto il tecnicismo su cui egli insiste e che mi ha ripetuto più volte è di portare e di mantenere più in alto che sia possibile la branca interna, siccome quella che ha una corsa più limitata onde essere certi di afferrare colle estremità dei morsi una porzione quanto più è possibile grande della periferia della base, al quale scopo egli ha impresso la curva alle parti terminali delle branche, in virtù della quale è solo possibile soddisfare a quest'ultimo requisito. E questo solo in omaggio alla verità delle cose.

Ancora una notizia riguardante la Sezione Ostetrica del Professore *Carlo Braun* e poi finisco.

Nell'anno scolastico testè finito il Prof. *Carlo Braun* operò tre donne di taglio cesareo, metodo *Porro*, delle quali due guarirono ed una morì per malattia intercorrente molto tardi.

La Sezione Ginecologica è pure ben fornita ed i casi vi sono abbondanti e varii. Io non ebbi la fortuna di assistere ad alcun atto operativo importante nel breve mio soggiorno in questa capitale, accennerò solo che erano avviate a guarigione due donne operate pochi giorni prima di laparotomia per tumori cistici dell'ovaio. Uno di questi oltre ad essere aderente alle pareti addominali sopra un' ampia superficie, aderiva pure ampiamente ad un'ansa del tenue e al fondo dell' utero. Nel distaccare l'aderenza col tenue questo venne largamente aperto, indi cucito alla *Lambert*, che, come si sa, riunisce la ferita confrontando la superficie sierosa dell' intestino stesso.

Quella coll' utero richiese l'amputazione sopravaginale del viscere trattando il peduncolo extraperitonealmente. Le funzioni intestinali si facevano regolarmente e la donna non aveva ancora sino ad allora (settima giornata) avuta la febbre. Tutte le operazioni da sedia (stuhloperation), come vengono chiamate le operazioni che non richiedono la laparotomia e che si praticano ponendo la donna sulla ordinaria sedia ginecologica, (eccettuata la estirpazione dell' utero per la vagina) vengono nella clinica del *Braun* praticate senza cloroformizzazione e senza spray, colla sola irrigazione continua di acqua fenicata o timica.

Visitai pure la Clinica Ostetrica del Prof. *Gustavo Braun*, per la quale, essendo retta dagli stessi principii della prima può bastare quanto ho detto di questa.

Accennerò solo al forcipe snodato del Dott. *Breus*, assistente della Clinica, di cui avevo di già veduto la figura e letta la descrizione che l'autore ne aveva dato nell'*Archiv für Gynäecologie*, XX Band, 2 Heft. Esso venne ideato essenzialmente coll' intendimento di evitare le pressioni nocive sulla sinfisi pubica. Infatti il capo del feto afferrato da questo istrumento gode di una certa mobilità nel senso antero-posteriore del bacino per modo che può facilmente spostarsi all' indietro unitamente alle cucchiaia che lo afferrano in virtù dell' articolazione che trovasi a livello dell'unione delle due gemelle tra loro, movimento che non viene limitato, secondo il *Breus*, dal peso dei manici, i quali lunghi e pesanti come sono in tutti i forcipi traenti nell'asse, specialmente quello ultimo del Tarnier, oppongono una maggiore resistenza all' innalzamento di questi.

Io non posso nè sperimentalmente nè clinicamente giudicare del valore pratico di questo istrumento e dei vantaggi che esso

può veramente avere sui suoi congeneri ad aste di traimento, nè tampoco istituire paragoni tra questo strumento e quello che venne da me modificato e che viene tanto vantaggiosamente usato nella Clinica di Torino da qualche tempo, e che non è altro che il forcipe traente nell' asse di *Simpson* leggermente modificato nelle aste di trazione, modificazione che ne rende l' applicazione assai più facile e comoda di quella del *Simpson*, siccome uscì dalle officine di Edimburgo (1). Del resto gli ostetrici di Vienna, parlo di quelli che professano alla Maternità, non sono propensi ai forcipi traenti nell'asse, temendo di spiegare con essi una forza eccessiva, traducentisi in pressioni nocive sul feto e sulla madre. Ond'è che essi rimangono fedeli al forcipe tedesco che da molti anni dà nelle loro mani risultati splendidi.

Nulla dirò della Clinica del Prof. *Spaeth* non potendo aggiungere nulla a quanto di essa dicono il Prof. *Mangiagalli* (2) ed il Prof. *Calderini* (3).

Ed ora che abbiamo veduto molto in fretta le Cliniche ostetriche e ginecologiche di Vienna andiamo per Praga e Dresda a Berlino ove ci attendono sorprese non meno grandi.

Anche di Praga e di Dresda per non cadere in ripetizioni non dirò nulla. Solo mi sia lecito di far osservare come a Praga, città di poco più che 100,000 abitanti vi siano stabilimenti scientifici

---

(1) Per maggiore chiarezza riporto in fine le figure dei due forcipi di cui parlo. La Fig. 1 rappresenta il forcipe *Breus*, nel quale le cucchiaia terminano anteriormente in aste sottili S che vengono facilmente sollevate allorquando le gemelle anteriori incontrano una resistenza nell'arco pelvico anteriore. La Fig. 2 rappresenta il forcipe *Simpson* ad aste di trazione modificato. La modificazione, che venne abbastanza bene eseguita dal signor Spinelli, fabbricante di istrumenti chirurgici in Torino, mi venne suggerita dalle difficoltà che soventi si incontra nell'applicazione della branca destra e nell'ottenere l'articolazione dell'istrumento del Simpson. La minore lunghezza delle aste e l'aver portata la curva perineale sul manubrio togliendola alle aste ha talmente attenuato simili inconvenienti da rendere l' applicazione di questo forcipe così facile e pronta come quella della ordinaria tenaglia ostetrica.

(2) Mangiagalli. L. c.

(3) Calderini. *L'ostetricia e la ginecologia nelle Università tedesche*, Parma, 1881.

di primo ordine e che il locale nuovo ove esiste la Clinica ostetrica e quello recentemente costruito a Berlino per lo stesso uso formino del genere le migliori costruzioni che io mi abbia visto.

Eccoci ora a Berlino ove troveremo un pascolo scientifico vario ed abbondante. Anzitutto mi incombe l'obbligo di ringraziare il Prof. *Schroeder* per le cortesi accoglienze colle quali volle ricevermi, e per avermi usata la gentilezza di porre a mia disposizione il piano della sua Clinica che ho il piacere di poter presentare al lettore.

Questo locale è affatto nuovo e per le perfezioni igieniche che vi sono profuse può meritamente essere posto fra i primi del suo genere. Io invito il lettore a dare uno sguardo alla pianta; egli potrà così con un colpo d'occhio e più brevemente farsi un' idea esatta di questo Istituto che funziona soltanto da un anno. Qui la luce, l'aria e l'acqua sono addirittura in esuberanza e le condizioni materiali della casa non si potrebbero desiderare migliori. Non vi manca anche un certo lusso che dinota in quanto maggior conto siano colà tenuti la scienza e i suoi cultori.

Come risulta facilmente dall'esame di questa pianta la Clinica Donne (Frauen Klinic) di Berlino è a padiglioni e si presta ad una disinfezione perfetta ed ad un isolamento valevole. Per descrivere ed intendere chiaramente la disposizione di questo locale è necessario dividerlo in due parti. Una parte prettamente ostetrica ed un'altra parte ginecologica ed amministrativa. Questa divisione è segnata in pianta da una linea punteggiata ed immaginaria che taglia così il fabbricato in una parte posteriore ed una anteriore. L'anteriore ove esiste l' ingresso dalla Artilleriestrasse, contiene i locali riservati alla Sezione ginecologica che trovasi al 2° e 3° piano, mentre al 1° piano trovansi i locali descritti in pianta. La parte posteriore serve per l' ostetricia, per mezzo dei tre padiglioni maggiori A', B' e C', ai quali va annesso ancora un'ala obliquamente inserentisi sul corpo di fabbrica anteriore, che costituisce il così detto padiglione di isolamento. I tre padiglioni maggiori, A', B', C' contengono tutti 16 letti ciascuno, distribuiti in 4 camere ampie, alte e fornite da due lati di finestre ampissime, porte dagli altri lati, per modo che l'aria vi circola con molta facilità e si rinnova assai facilmente. Nel padiglione A', che guarda lo *Sprea,* sporgente alquanto al di fuori della linea delle altre è situata la camera pel parto, la quale è fornita di tre ampii finestroni che occupano si può dire tutta la

parete tanto orizzontalmente quanto verticalmente. Trovansi in essa 3 letti, scrittoi, toelette, bilancie, ecc Questi padiglioni sono pure muniti di cessi, di bagni, di una camera per la persona di servizio, ed una per uso di cucina, e di ampi corridoi per mezzo dei quali sono in diretta e facile comunicazione tra loro, con il corpo di fabbrica anteriore (ingresso) e con l'ala laterale, cioè col padiglione D' che è pure il più piccolo.

Questo, come si è detto, è il *padiglione di isolamento* ove sono trasportate le donne *appena* presentano qualche fatto di natura infeziosa. Esso consta di tre camere contenenti in tutto 10 letti, di una camera pel parto ove si sgravano le donne che sono già affette da qualche forma infettiva e che potrebbero costituire un pericolo grande per le sane se partorissero nella camera comune del parto, che è situata addirittura al polo opposto della casa. Oltre a ciò ha esso pure una camera per la persona di servizio, cesso, bagno, ed è in diretta comunicazione colla cucina da cui può avere le vettovaglie senza passare negli altri padiglioni, e col corpo di fabbrica anteriore ove alloggia il personale sanitario. La comunicazione di questo padiglione cogli altri tre maggiori può essere assolutamente interrotta per una serie di porte che chiudono assai bene. La presenza e la disposizione di questo padiglione di isolamento, con la camera del parto pure isolata e posta nel luogo più riposto e più lontano di tutto il fabbricato. il servizio affatto indipendente dagli altri padiglioni assicurano nel modo migliore l' isolamento che rimane così veramente serio e giovevole.

Questi quattro padiglioni sono di due piani, uno terreno ed uno superiore a questo. Nel 1º che è raffigurato nella pianta alloggiano le gravide, nel 2º le puerpere.

I tre padiglioni comunicano tra loro per mezzo di corridoi della larghezza di 4 m. ciascuno e della lunghezza di circa 10 m., come pure un corridoio della stessa larghezza, ma della lunghezza di circa 40 m. li mette in comunicazione col corpo di fabbrica anteriore, ove, come abbiam detto trovasi l' ingresso. Questa parte di fabbricato consta di 4 piani compreso il terreno. Come dei padiglioni riservati all'ostetricia anche di questa parte sulla pianta è riportato il primo piano che trovasi così già descritto sulla pianta. Il piano terreno serve per le persone di servizio, magazzini, ripostigli, ecc. Il 2º e 3º piano servono per la ginecologia, per la quale il locale è pure assai salubre. Oltre che di luce, di spazio,

di aria di cui sono a dovizia fornite anche le camere che servono alla ginecologia, ciascuna di queste ha la sua toeletta a cui va un tubo per l'acqua calda, uno per l'acqua fredda ed un recipiente per l'acqua fenicata. L'acqua sporca è presa dalla toeletta per mezzo di un altro tubo che la porta fuori dell'abitato, evitando così persino la possibilità che i suoi effluvi vengano a corrompere l'aria della casa.

L'illuminazione si fa a gas fino a che sia allestito l'apparecchio per la luce elettrica, di cui si possono già fin d'ora vedere le lampadine Schwan in tutte le camere e corridoi.

Il Professore ha alloggio nell'Istituto e precisamente nell'ala sinistra prospiciente il fiume *Sprea*, al disopra delle camere segnate in pianta colle lettere A, B, C, D, E, da cui ha accesso e dall'interno per mezzo del corridoio, e dal cortiletto che serve di ingresso per mezzo di una scala esterna rivestita da una invetriata.

Ed ora che abbiamo brevemente detto delle condizioni materiali della Clinica veniamo alla parte vivente. — Il numero dei parti che si contano annualmente in questa Clinica, compresi quelli forniti dalla policlinica, sono 1600 circa con una mortalità complessiva di 7 per 1000.

L'assistenza antisettica è rigorosa. Delle idee che sovra i punti essenziali dell'assistenza ostetrica ha lo Schroeder mi dispenso dal parlare essendo conosciuto in Italia il suo trattato che le riporta chiaramente.

Veniamo piuttosto a dire qualche cosa della parte ginecologica di cui la spiccata personalità dello *Schroeder* si può a buon diritto annoverare fra i luminari. Ed invero la quantità, la varietà e le difficoltà dei casi clinici che si possono osservare nella sua Clinica, se debbo giudicare dalle impressioni ricevute in tutto il mio viaggio, non è possibile osservare in qualunque altra Clinica, la qual cosa se si deve considerare come il prodotto dell'attività e dell'iniziativa veramente uniche del Direttore, si deve certamente anche riconoscere come la causa precipua della valentia e speditezza colla quale questo poderoso operatore compie le più grandi imprese possibili nella ginecologia chirurgica, il più delle volte con esito lietissimo.

Non parlo dell'amputazione conica del collo uterino per produzioni maligne del medesimo, con sutura successiva siccome egli propose ed eseguisce in vero maestrevolmente poichè son cose

note e già riferite, nè mi fermerò a descrivere altri atti di minor conto; ma non posso passare sotto silenzio due atti operativi che mi riuscirono di sommo interesse; voglio dire di due laparotomie eseguite per tumori dell' utero di diversa grandezza con metodo pure diverso. Nel primo caso trattavasi di un tumore miomatoso interstiziale del volume di una testa di feto. La laparotomia venne fatta con mirabile prontezza, stando, siccome è usanza dello *Schroeder*, dal lato sinistro della donna. L'incisione fatta sulla linea mediana si estendeva dal margine superiore della sinfisi pubica ad un centimetro della cicatrice ombelicale. Messo così allo scoperto l'utero venne tratto fuori dalla ferita addominale. Quando l'utero ed il tumore in esso contenuto furono fuori venne gettato sul peduncolo, vale a dire sull' istmo dell'utero; un laccio formato da un cordone elastico delle dimensioni di un ordinario catetere di gomma. Stretto bene il cordone si praticò un' incisione sul fondo dell'utero in direzione dall'avanti all'indietro e sufficientemente esteso per il passaggio del tumore ed abbastanza profonda da arrivare su di esso. Pervenuti così nella nicchia scavatasi dal tumore, lavorando colle dita, vennero lacerate le radici che il tumore mandava tutto all'ingiro nel tessuto uterino rasentando sempre strettamente la superficie esterna del tumore. Questo tempo dell'atto operativo fu molto delicato, laborioso e sufficientemente lungo, ma grazie al laccio elastico l'emorragia fu addirittura insignificante. Nel lavorio di enucleazione dal tessuto uterino che lo circondava, e precisamente in corrispondenza del punto in cui il medesimo era in contatto colla mucosa uterina, questa venne lacerata penetrando così nella cavità uterina, la quale venne immediatamente lavata per bene introducendovi un batuffolo di bambagia fenicata imbevuta in una soluzione forte di acido fenico. Snucleato completamente il tumore si affrontarono le pareti che lo contenevano per mezzo di suture intercise e perdute nello spessore delle parti, incominciando dalle parti più profonde e venendo man mano fino alle parti più superficiali, ove venne molto diligentemente affrontata la superficie esterna del peritoneo che rivestiva l'utero. Indi tolto il laccio elastico, lavato per bene l'utero e la cavità addominale venne fatta molto spicciamente la sutura delle pareti addominali, avendo cura di comprendere bene il peritoneo parietale.

L'atto operativo venne fatto sotto la narcosi profonda coll' intervento di un gigantesco spray che venne chiuso appena adagiata sul ventre la medicatura listeriana.

Gli strumenti usati furono assai pochi, e venivano presi dall'operatore stesso, coadiuvava l'atto operativo il 1° assistente, ed una levatrice gli forniva gli aghi infilati, mentre un'altra era incaricata di rinnovare l'acqua per le spugne. L'operazione durò qualche minuto meno di un'ora, con una perdita di sangue insignificante. L'esito fu buonissimo, imperocchè quando io lasciai Berlino (10° giorno dell'operazione) la donna continuava ad essere apiretica.

L'altro atto operativo è poi più imponente ed istruttivo perchè quivi l'operatore si discosta alquanto dal metodo ordinario, dimostrando così tutta quella potenza di genio inventivo che distingue i sommi operatori nei difficili momenti in cui grandi ed imprevedute difficoltà vengono ad attraversare il piano operativo preconcetto. Consiste questo nella esportazione per la laparotomia di un enorme fibro-mioma dell'utero. Una laparotomia esplorativa praticata qualche tempo prima aveva accertato la natura e il punto d'origine del tumore.

Praticata la narcosi si incominciò a fare un'incisione che incominciando dal pube si protraeva fino a 4 dita trasverse al disopra del bellico. Ma per lo sviluppo grandissimo della circolazione collaterale la cute era attraversata da vasi venosi talmente ectasici che appena praticata la prima incisione quantunque essa fosse stata sulla linea mediana, l'emorragia fu addirittura imponente. Di più avendo fatto riconoscere l'incisione aderenze estese fra il tumore e le pareti addominali in conseguenza della ferita precedentemente fatta, l'operatore, frenata l'emorragia con pinze Pean prolungò in alto l'incisione delle pareti addominali fino all'appendice xifoide e penetrò nella cavità addominale per la parte sopraombelicale. Dilatata indi in basso l'incisione in modo da far passare attraverso a questa l'enorme tumore, questo venne portato fuori dalla cavità addominale. Quantunque l'incisione addominale non fosse arrivata che a quattro dita al disotto del bellico, tuttavia pel grande distendimento che le pareti addominali avevano ricevuto pel volume enorme del tumore si potè ottenere con facilità che l'angolo inferiore della ferita si portasse tanto in basso da ottenere la fuoriuscita del tumore dal cavo addominale.

Indi staccate colle dita le aderenze in basso tra l'utero e le pareti addominali per un tratto appena snfficiente da potervi far passare un cordone elastico e circondarne l'utero, ne venne fatto

un laccio e stretto molto bene. Rimanevano ancora da staccare le aderenze, le quali essendo troppo estese e fitte vennero rimosse con un processo per me affatto nuovo. Si praticò un' incisione equatoriale ed orizzontale sul peritoneo che rivestiva il tumore, e lo si enucleò dal suo involucro sieroso, il quale rimase aderente alle pareti addominali. Tagliato di poi l'utero al disopra del laccio elastico, e fatta la sutura in modo da far combaciare esattamente la faccia esterna della sierosa, venne tolto il laccio elastico. Qualche punto superficiale troncò completamente la tenue emorragia del moncone. Indi risecato tutto all' ingiro il peritoneo che era stato distaccato dal tumore, legati i vasi che davano sangue, venne fatta la pulizia del cavo peritoneale e la sutura della enorme ferita addominale. L' operazione era compiuta in un' ora e 20 minuti. Mi rincresce di non potere dare esattamente nè le dimensioni nè il peso di questo colossale tumore, ma non credo di andare errato dicendo che il suo volume era pari a quello di un utero a termine di gravidanza con un idramnios di 4 o 5 litri. Esso a stento veniva portato da una persona.

Dovrei parlare della Clinica del Prof. *Gusserow*, al quale oltre alla Clinica ostetrica venne affidato in questi ultimi anni la direzione di una sezione ginecologica in cui i casi non iscarseggiano. È là appunto in cui, gentilmente invitato dal Direttore, potei assistere ad una laparotomia per tumore cistico dermoide dell'ovaio, ad amputazioni del collo uterino, a operazioni dell'Emmet, per non dire delle meno importanti.

Oltre al locale della vecchia Charité il *Gusserow* può disporre ora di un bel padiglione per le puerpere, a cui fra pochi mesi ne verrà aggiunto un secondo, portando così anche questa Clinica all'altezza della città e di chi assai lodevolmente la dirige.

È quivi che per somma gentilezza del Dott. *Hümmerich*, 1° assistente dell'Istituto ostetrico, potei esplorare una donna a cui per un osteosarcoma che occupava pressochè tutto lo scavo ed arrivava fino a 2 dita trasverse sopra il bellico, si era provocato l'aborto a 4 mesi circa. La donna morì di peritonite per rottura del tumore e versamento del liquame sarcomatoso nella cavità peritoneale. L'autopsia escluse il benchè minimo sospetto di infezione puerperale.

Di aver potuto seguire tutta questa interessante osservazione rendo qui pubbliche grazie al Dott. *Hümmerich*, che usò verso di me di una singolare cortesia.

Arriviamo frattanto alla fine della nostra peregrinazione e per Francoforte, che ha una sola Maternità in cui tace ogni insegnamento, ed in cui nulla di interessante ho trovato, veniamo passando per Strasborgo, ove il *Freund* si è di già di molto raffreddato dell'operazione che da lui si intitola, e per Basilea, ove la parte ginecologica ha pel *Bischof* un grande impulso ed un vero sopravvento sull'ostetricia; facciamo ritorno alla nostra patria, ove riandando sopra le molteplici impressioni ricevute possiamo trarne qualche corollario che non sarà inutile.

Si può infatti accertare:

Che passate le Alpi non v' ha Clinica ostetrica, la quale non abbia a lato la ginecologica, diretta dallo stesso Professore, con risultati splendidi per l' umanità, per la scienza e per l'insegnamento.

Che ovunque il cranioclaste ha preso vittoriosamente il posto del cefalotribo, anche nelle Cliniche che lo possedevano fenestrato e di già perfezionato.

Che l'assistenza antisettica delle partorienti è messa in opera ovunque e largamente, con leggiere modificazioni secondo le peculiari idee dei direttori.

Che l'assistenza ostetrica delle puerpere è ancora soggetta a molte e profonde differenze: da un assoluto nullismo (Vienna) ad una cura diligentissima e minuta (Basilea).

Che la mortalità è assolutamente diminuita oscillando nelle diverse Cliniche da me visitate da 1 a 12,5 per 1000.

Mi si chiederà da qualcuno la ragione di questa non piccola differenza nella cifra della mortalità delle puerpere..

Ebbene, a chi mi facesse tale domanda io non saprei davvero rispondere altrimenti che sottoponendogli i fatti che mi colpirono di più, invitandolo a studiare colla scorta dei fatti la ragione logica dei medesimi. Il seguente prospetto chiarirà alquanto la cosa.

		Numero dei parti	Mortalità per 1000	
Vienna	Prof. C. Braun	3000	3-4	Studenti numerosi.
»	» G. Braun	3000	1	Allieve levatrici.
»	» Spaet	3000	1	Studenti meno numerosi che nella Clinica del Prof. C. Braun.
Praga (1)	» Breisky	1000	3	Studenti.
Dresda	» Winckel	1300	1	Levatrici.
Berlino	» Schroeder	1800	7	Studenti numerosi.
»	» Gusserow	1600	6	Studenti meno numerosi.
Strasbourg	» Freund	550	5	Stud. e levatrici.
Basilea	» Bischof	320	12-5	Stud. e levatrici.

Da questo quadro risaltano facilmente due cose: la 1ª che la mortalità cresce col decrescere del numero annuale dei parti, la 2ª che nelle Cliniche frequentate dagli studenti la cifra della mortalità è più elevata di quella delle Cliniche per le allieve levatrici. Queste due verità, che erano già state messe in luce dal Prof. *Tibone* (2), sono facilmente spiegate: la 1ª perchè quanto più è scarso il numero delle partorienti tanto maggiore è il numero delle esplorazioni che ogni partoriente deve subire, la 2ª per gli studii varii e specialmente pei lavori chirurgici ed anatomici a cui debbono attendere gli studenti negli ultimi anni della loro carriera universitaria.

---

(1) Nelle mie note non trovo le cifre dei parti nè quella della mortalità delle Cliniche dei Prof. *Weber* e *Streng*, ma le proporzioni sono identiche e le cifre non variano, informandosi le altre Cliniche agli insegnamenti di *Breisky*, che sono poi quelli di Vienna.

(2) Tibone. *Di una ovaro-isterectomia cesarea per distocia pelvica da osteomalacia e l'Istituto ostetrico di Torino,* Milano, 1881.

Ma una causa che non appare dalla tabella suesposta e che deve pure essere esaminata e spassionatamente giudicata si è che a Vienna, a Praga e a Dresda ove l'assistenza ostetrica è rigorosamente antisettica presso le partorienti, essa è assolutamente nulla presso le puerpere fino a che non sono ammalate, mentre a Berlino e a Strasbourg ove si fanno lavature dei genitali esterni e qualche volta della vagina la mortalità cresce, per salire alla cifra massima a Basilea ove alle donne gravide si fa prendere quasi ogni giorno un bagno tiepido a scopo di pulizia, nell'assistenza ostetrica delle partorienti si pongono in pratica tutte le cautele antisettiche, e alle puerpere vengono fatte giornalmente due lavature vaginali quando sono sane, un numero maggiore subito quando un fatto di natura infeziosa ne fa sentire il bisogno.

Non basta una corsa così frettolosa come ho fatto io per giudicare intorno a un problema così complesso; mi basta aver enunciato le condizioni più salienti del fatto, il lettore giudizioso ed istrutto ne faccia quel conto che vuole, e sopratutto mi sia indulgente pensando che nei disagi di un viaggio non sempre si può avere quella tranquillità di mente da cui solo può nascere un giudizio esatto e completo delle nostre impressioni.

Non posso deporre la penna prima di aver ringraziato di tutto cuore il Prof. Tibone, mio egregio maestro, per avermi conceduto di assentarmi dalla Clinica durante il mese di luglio, onde poter trovare ancora tutte le Cliniche aperte, alcune delle quali vidi ancora in pieno esercizio.

Torino, agosto 1883.

IL MIO PROGRAMMA

Prolusione al corso di Ostetricia e Ginecologia nella R. Università di Pavia

FATTA

dal Prof. ALESSANDRO CUZZI

addì 14 novembre 1883.

SIGNORI!

Vuole un'antica consuetudine che ad un corso nuovo universitario si dia un'apertura solenne con una prelezione. Chiamato all'alto onore di reggere la cattedra di ostetricia in questa grande ed illustre Università, credo conveniente di approffittare di tale usanza per dire qualche parola intorno all'insegnamento a me affidato, ed intorno ai mezzi necessari per effettuarlo. E poichè il mio dire nel suo sviluppo me ne fornirà indubbiamente l'occasione, sarò obbligato ad intrattenermi un po' a lungo sullo stato della nostra Clinica Ostetrica, e in tale circostanza vi farò noto quel poco che io ho cercato di fare nelle ora scorse vacanze autunnali per migliorarla, e quanto, a mente mia, resterebbe ancora a modificare, perchè date — le attuali condizioni di ambiente e di ubicazione — essa risponda il meglio possibile alle esigenze della medica istruzione.

L'insegnamento a me affidato deve oggidì avere per obbiettivo non solo la ostetricia, ma anche la ginecologia, se non vuole riuscire monco ed incompleto ed io non voglio insistere a lungo su ciò, perchè le ragioni ne sono troppo evidenti. Difatti dal punto di vista anatomico l'ostetricia e la ginecologia hanno per substratum gli stessi tessuti; dal punto di vista fisiologico studiano le funzioni dello stesso sistema organico; dal punto di vista eziologico

hanno in comune molte cause morbose, e le malattie di una specialità spiegano molti fenomeni patologici della specialità sorella; nel diagnostico utilizzano entrambe in modo assai vasto il senso del tatto, ed in terapeutica si servono di molti mezzi ed apparecchi strumentali identici. I limiti di divisione poi fra ostetricia e ginecologia sono così incerti e mal sicuri, che molte cognizioni fisiologiche speciali, e molte malattie, non si sa bene se appartengano piuttosto all'una che all'altra scienza. Dimodochè resta più che mai vera la sentenza, che non si può essere buon ostetrico senza essere anche buon ginecologo, e non si può essere buon ginecologo senza essere buon ostetrico. In Germania, dove trovasi attualmente la migliore organizzazione scolastica superiore, ed il maggior movimento delle mediche discipline, le cliniche ostetriche sono anche ginecologiche, ed accanto all'insegnamento ostetrico figura sempre il ginecologico. E mentre in Francia ed in Italia il professore è obbligato ad occuparsi specialmente di ostetricia, lasciando pressochè completamente in disparte la ginecologia, colà invece si fa alle due scienze sorelle una parte equa nell'insegnamento, e vi sono anzi insegnanti che danno maggior importanza alla ginecologia mettendo in seconda linea l'ostetricia. L'insegnamento ginecologico è adunque assai bene organizzato presso i popoli tedeschi, mentre è ancora al periodo embrionale presso le razze latine. Ciò è da riferirsi in parte all'indirizzo poco serio delle scienze mediche in genere presso di noi negli scorsi anni, ed in buona parte anche alle idee religiose, che intromettendosi perfino nelle cose mediche fecero della visita ginecologica una questione di moralità e di pudore. Ma in parte, è inutile nasconderlo, la colpa è anche degli ostetrici, perchè mentre da noi la ginecologia era fatta dai chirurgi, dai medici, dai sifilografi, dalle levatrici, da tutti, starei per dire, fuorchè dagli ostetrici, in Germania uomini della generazione che tramonta, di grande valore, seppero ben presto attirarla nell'orbita della loro azione iniziando policliniche ed ottenendo sezioni ospitaliere apposite, dalle quali a poco a poco sorsero i grandi istituti ginecologici odierni. In questi ultimi tempi in Italia si accentua un certo risveglio negli studii ginecologici, che ci permette di bene sperare; gli ostetrici vi si sono messi attorno di buona lena tentando insegnamenti con larve di materiale, invocando provvedimenti, chiedendo cliniche ed agitandosi in mille modi. Ed in questo momento siamo discretamente avviati sul principio della strada che deve condurci in

porto, essendo nella mente di tutti penetrata la convinzione, che il professore di ostetricia debba insegnare anche la ginecologia, e che gli si debbano fornire i mezzi necessari a tale scopo. Evvi anzi di più: il nuovo regolamento per gli istituti scientifico-pratici delle Facoltà Mediche del Regno, in data 28 ottobre 1881, impone senz'altro al professore d'ostetricia l'obbligo di insegnare anche la ginecologia; è anche vero però che dopo di aver imposto quest'obbligo, il regolamento in questione non si preoccupa punto di risolvere il problema dei mezzi necessari per soddisfarvi, e quindi si comprende come finora esso ..... abbia lasciato il tempo che ha trovato.

Ma comunque sia la cosa, norme regolamentari, necessità di insegnamento, ed anche ragioni di progresso scientifico, come dimostrerò più innanzi, impongono che l'insegnamento che si deve dare in questo recinto, ed in altri consimili, debba comprendere non solo l'ostetricia, ma anche la ginecologia. Un professore che abbia l'obbligo di sviluppare un simile programma deve sicuramente aver più volte pensato al modo migliore per farlo. Io non credo inopportuno esporre il concetto che me ne sono formato: ma non il concetto ideale di un insegnamento perfetto, bensì il concetto pratico di un insegnamento, che senza grandi sacrifizi può venir attuato con mezzi che si possono quivi trovare.

Non havvi alcun dubbio per me, che tanto l'insegnamento ostetrico quanto il ginecologico debbano essere teorici e clinici. Prego coloro che non credono all'utilità dell'insegnamento teorico in genere, di non condannarmi prima di avermi ascoltato, se io sostengo la necessità dell'insegnamento teorico nella specialità che mi riguarda. So benissimo come da qualcuno si vorrebbero dividere le scienze che compongono l'insegnamento superiore in *auto-didattiche* ed in *etero-didattiche*, intendendo per auto-didattiche quelle che uno può apprendere da sè, perchè nei libri si trova tuttociò che può dire l'insegnante nella scuola, e per etero-didattiche quelle, che avendo un'indole materialmente dimostrativa e sperimentale, richiedono un apposito materiale per essere esposte con profitto. Coloro che propongono questa distinzione didattica delle scienze vorrebbero addirittura abolire l'insegnamento delle scienze auto-didattiche, che considerano come inutile, mentre altri, e sono in maggior numero, lo vorrebbero mantenere. Dicono costoro a sostegno della loro tesi, che dalla cattedra non si insegna solo la scienza, ma anche il metodo, cioè si insegna a stu-

diar bene e presto. E siccome ogni studioso è obbligato a fare per proprio conto la intera strada percorsa dalla scienza nel suo perfezionarsi, così deve camminare con straordinaria celerità in confronto della scienza, se vuole giungere a possederla per bene, quando è relativamente ancora giovane e potente di mezzi intellettuali, cioè in un'età, in cui può con maggiore probabilità di successo prendere parte alle battaglie scientifiche ed alla lotta per l'esistenza. Far bene, far presto e fare con minor fatica in questi tempi di febbrile ed irrequieta operosità è una grande cosa; ed il professore che oltre la scienza insegna tutto questo fa cosa grandemente utile ed efficace. Ma non devo, nè voglio addentrarmi di più in questo argomento, che in fin dei conti non mi riguarda tanto da vicino, essendo la parte teorica dell'insegnamento a me affidato in buona parte dimostrativa. Sostenendo quindi che questo insegnamento teorico in ostetricia ed in ginecologia si debba fare, io non sono punto in contraddizione coi verbali delle autorevoli sedute del V Congresso dell'Associazione Medica Italiana, nelle quali si agitò precisamente la importantissima questione della riforma degli studii medici in Italia, e dove si approvava soltanto l'abolizione di ogni insegnamento esclusivamente teorico. È anzi mia convinzione che esso debba abbracciare non solo la parte dimostrativa della materia da me insegnata, ma anche quei capitoli, nei quali la parola non può essere sussidiata da veruna prova materiale di fatto, avendomi la mia di già discretamente lunga carriera universitaria, svoltasi in parti diversissime d'Italia, dimostrato, che in generale gli studenti di una data disciplina posseggono meglio quelle parti che furono dall'insegnante svolte nella scuola. Non vorrei però che mi si fraintendesse; non si può mettere in dubbio che più l'insegnamento sarà dimostrativo e più sarà efficace; e il professore quindi ha il dovere di fare del suo meglio per rendere il suo insegnamento il più possibilmente dimostrativo. Del resto anche su questo terreno giova far distinzione fra scienza e scienza, disciplina e disciplina; mentre l'ostetricia non può fare a meno di un insegnamento teorico preparatorio alla clinica, la ginecologia può essere pressochè completamente svolta con sole lezioni cliniche massime là dove il materiale è ricco ed abbondante e svariato.

Prendendo per base delle considerazioni che seguono la durata dell'anno scolastico in Italia, vorrei ora discutere quanto tempo si debba impiegare per l'insegnamento ostetrico-ginecologico. Con

lo sviluppo che da noi si dà all'ostetricia, con tre lezioni teoriche e tre lezioni cliniche per settimana e per tutta la durata dell'anno non sempre si riesce a svolgere tutta la materia. Ciò è accaduto più volte a me, e lo vidi avvenire ad altri professori. Man mano che l'anno scolastico volge al suo fine il professore è costretto ad affrettare il passo, tenendosi di più sulle generalità, ma soventi senza riuscire a terminare. Se all'insegnamento dell'ostetricia si aggiunge anche quello non meno importante della ginecologia, invece di uno, occorreranno due anni scolastici per svolgere entrambe le specialità. Quindi a me pare che l'insegnamento ostetrico-ginecologico debba in media durare due anni con sei lezioni settimanali, delle quali tre teoriche e tre cliniche: nelle lezioni teoriche il professore si occuperà in un anno dell'ostetricia e nell'anno successivo della ginecologia; nelle lezioni cliniche illustrerà ora casi ginecologici, ora casi ostetrici a seconda degli eventi e dell'opportunità. Ben inteso che là, dove i casi clinici abbondano, le lezioni cliniche potranno invadere il campo teorico, come pure potrà il professore sostituire alle lezioni quotidiane tre lezioni settimanali di maggior durata.

Ma vediamo come debba essere fatto l'insegnamento teorico. Affinchè l'insegnamento teorico dell'ostetricia riesca dimostrativo, e quindi più profittevole, bisogna avere a propria disposizione preparati anatomici e di embriologia, bacini normali e viziati, disegni dimostrativi, strumenti, fantocci ostetrici, bacini in ghisa, cadaverini fetali, ed infine un laboratorio, nel quale gli studenti possano esercitarsi nella parte operativa. Questo modo di studiare le operazioni ha una grande importanza, perchè permette al giovane di impratichirsi nel maneggio degli strumenti, di constatarne direttamente l'azione e la potenza, e di rischiarare molte idee: i corsi di *manualità ostetriche*, che si propongono appunto questo obbiettivo, e che generalmente sono fatti dai medici assistenti dopo che il professore nella scuola ha svolto il capitolo delle operazioni, io li vidi sempre seguiti con amore ed assiduità dagli studenti. Siccome per riuscire una buona scuola l'Università si deve proporre non solo di porgere la scienza bella e fatta, ma anche di farla progredire e di interessare eziandio gli scolari direttamente alle ricerche scientifiche, così si comprende come si debba dare al laboratorio ostetrico un certo sviluppo, e si debba dotarlo di mezzi sufficienti per rendere possibile qualche lavoro di indole sperimentale, microscopica o chimica, che serva a ri-

schiarare ed a completare le osservazioni cliniche. Per l'insegnamento ginecologico teorico sono pure necessari in grande numero preparati microscopici, pezzi anatomici, disegni dimostrativi, strumenti, pessari, apparecchi da medicazione, ecc. A tutte queste *necessità* non si può provvedere senza una discreta dotazione, ed ecco come la questione della suppellettile scientifica si trasformi in una vera questione di bilancio.

Ma veniamo alla parte clinica. Per l'insegnamento clinico ostetrico-ginecologico è necessario poter disporre di una quantità sufficiente di ammalati — è necessario avere cliniche riccamente popolate. Però questa ricchezza non deve essere eccessiva, perchè alla scolaresca non è tanto utile far vedere moltissimi casi, quanto insegnare il modo di approfondirne pazientemente lo studio: a Vienna dove sonvi tre cliniche ostetriche, che assieme riunite contano allo incirca 9000 parti all'anno, gli studenti non apprendono l'ostetricia meglio che da noi. Una sufficiente quantità di ricoverate, con una sufficiente varietà di forme morbose, ecco quanto occorre. Questo è specialmente possibile là dove i comparti ospitalieri hanno una organizzazione in armonia colle esigenze dello insegnamento. E da questo punto di vista in Italia non sarebbe certamente stato privo di utilità il progetto, escogitato da qualcuno, di rendere le Opere Pie Ospitaliere delle città, sedi di Università, dipendenti dal Ministero della Pubblica Istruzione: le cliniche avrebbero trovato negli Ospedali una migliore accoglienza, e si sarebbe più facilmente raggiunto il duplice scopo di curare e d'insegnare a curare. Ma venendo più da vicino al mio argomento, dirò che se in politica si può discutere sulle opposte teorie del reprimere e del prevenire, in medicina si è perfettamente d'accordo essere meglio prevenire una malattia, che reprimerla o curarla. E nelle cliniche ostetriche, grazie a misure igieniche preventive di ogni fatta, al giorno d'oggi si è riusciti a ridurre pressochè al *minimum* la mortalità delle puerpere. La esplorazione vaginale mediante l'accurata *toelette* del dito esploratore non espone più la partoriente ai gravi pericoli di una volta. Ma sicuramente non si potrebbe ripeterla con soverchia frequenza sulla stessa partoriente, se si vuole evitare che le ricoverate ci rivolgano con giusta ragione il rimprovero:

« *Centum me tetigere manus aquilone gelatæ,*
« *Non habui febbre, Symmache, nunc habeo.* »

Si è quindi obbligati a permettere l'assistenza al parto solo ad un numero limitato di allievi. Su questo terreno noi ci troviamo di fronte a due cose, entrambe buone, ma in diretto contrasto l'una coll'altra: da un lato, è evidente che maggior numero di parti avrà lo studente assistito e maggiore sarà la sua istruzione pratica, e dall'altro lato, minore numero di esplorazioni saranno state fatte ad una partoriente, e minori saranno ad eguali condizioni le probabilità di un puerperio morboso. Ma siccome per l'educazione pratica è necessario far assistere chi vuole imparare ad un certo numero di parti, così nelle cliniche povere di parti e ricche di allievi bisogna saper sciegliere una giusta misura per mettere in armonia gli opposti interessi della gioventù studiosa e delle ricoverate. *Nec nimis nec parum*, deve essere la divisa di un professore prudente, che voglia rendere il suo insegnamento profittevole: in ogni caso però io non credo che il numero degli assistenti al parto debba essere superiore a sei. In certi paesi i regolamenti universitari esigono, che uno studente per essere ammesso all'esame debba provare di aver assistito un dato numero di parti; così ad esempio ci vogliono due parti in Ungheria, quattro in Germania, dieci ad Helsingfors, ed in Olanda oltre a dieci parti deve lo studente dar prova di aver presenziato anche due parti laboriosi. In Italia, dove i regolamenti sono muti al riguardo, sogliono i professori all'esame dare una grande importanza al numero dei parti presenziati dall'allievo; per conto mio io credo, che l'assistenza diligente ed illuminata di un minimum di otto parti possa bastare per acquistare una sufficiente certezza diagnostica nell'esame ostetrico dei casi ordinari. Appoggio questo mio modo di vedere anche al fatto, che durante l'anno scolastico il senso del tatto viene dirozzato con le cosidette esplorazioni diagnostiche sulle gravide. Per facilitare l'assistenza ai parti in molte cliniche furono stabiliti i *turni di guardia* per gli studenti: in una o più camere trovansi 4 a 6 letti, ed ivi gli studenti abitano per turno, onde essere pronti alla chiamata quando una gravida si mette in soprapparto. Così si fa a Torino, dove la Clinica Ostetrica ebbe già da lungo tempo un'ottima organizzazione per opera del Prof. Giordano mediante un regolamento interno, che venne preso a modello da pressochè tutte le scuole ostetriche d'Italia; così si fa in molte altre delle nostre Università, e si è fatto, e si continuerà a fare in Pavia. Vi domando perdono, o Signori, se ho discorso di alcune minute e

noiose particolarità, che forse era bene di non toccare in questa circostanza; ma ho creduto di doverlo fare per scusare e spiegare alcune modificazioni, che ho introdotto nell'Istituto Ostetrico. Riguardo alla Clinica ginecologica aggiungerò soltanto, che essa, oltre alla ricchezza nel numero ed alla varietà nelle forme morbose delle ricoverate, deve essere sussidiata da un dispensario, ove potranno essere curati i casi leggeri; coi dispensarii si aumenta notevolmente il materiale scientifico, ed ivi gli studenti di guardia si eserciteranno nell'uso dello speculum, nelle piccole operazioni e medicazioni sul collo, nell'esame ginecologico e via dicendo.

A me pare, che l'attuazione di questi concetti, che cercai di mantenere entro confini proporzionati ai mezzi dell'ambiente in cui vive l'Istituto ostetrico, e che credo sufficienti per dare alsegnamento ostetrico-ginecologico un'impronta pratica e dimostrativa, non sia soverchiamente difficile e dispendiosa. Ma per sapere al giusto ciò che bisogna fare, giova conoscere quello che ora si possiede. A questo punto io mi trovo costretto di esporre in quale stato sia la Clinica Ostetrica Pavese. Il quadro che sto per tracciare, egregi Signori, ha linee assai fosche, e potrebbe a qualcuno sembrare conveniente il non parlarne; ma sono anch'io dell'avviso essere meglio mettere a nudo arditamente certe piaghe piuttosto che nasconderle E siccome chi viene nuovo in un Istituto ha piuttosto tendenza a far risaltare quanto in esso vi è di cattivo, mentre chi se ne va è più inclinevole a mettere in evidenza ciò che vi è di buono, così per evitare ogni taccia possibile di esagerazione leggerò un brano di una lettera, che il mio predecessore, il Prof. Porro, mi scriveva nello scorso giugno a Catania, dove allora io mi trovavo, sulle condizioni della Clinica Ostetrica Pavese. Io spero che l'illustre Direttore della Scuola Ostetrica di Milano, al quale, interprete anche dallo squisito sentire degli animi vostri, sono ben lieto di rivolgere un cordiale saluto in questa circostanza, vorrà perdonarmi l'indiscrezione in vista dello scopo, che mi prefiggo commettendola. Ecco il brano della lettera in questione:

« . . . . . Intendo rispondervi per le stampe per scagionarmi
» delle miserrime condizioni della Clinica Ostetrica di Pavia.
» Esse riguardano il locale, la dotazione, l'armamentario, il ma-
» teriale vivo e morto, le condizioni fatte alle allieve levatrici che
» non possono essere interne in via regolare, ecc.

» La dote governativa è di 400 lire annue. Quando avete pa-
» gato l'alcool per i preparati, la manutenzione del gabinetto ana-
» tomo-ostetrico, le accidentali rotture di vetri, siringhe, termo-
» metri, ecc, non vi avanza più nulla.

» Di ginecologia non vi feci che quel tanto che attinsi io alla
» mia clientela privata di Milano, essendo la Clinica Ostetrica
» priva del diritto di scegliere le ammalate nelle sale dell' Ospe-
» dale, diritto concesso a tutte le altre cliniche.

» Per tutte le operazioni adoperai strumenti miei ed anche
» mezzi miei . . . . . .
» . . . . . »

A completare queste notizie aggiungerò come il numero annuale dei parti essendo solo di ottanta in media, non basta, in base ai calcoli antecedenti, per l'istruzione pratica di ottanta e più persone, che annualmente fra studenti ed alunne levatrici si inscrivono al corso di ostetricia; che insufficiente è pure il personale sanitario composto di un medico assistente stabile, di un medico assistente provvisorio e di una sola levatrice; che l'armamentario è assai povero di strumenti ostetrici, e non possiede neppure uno strumento di ginecologia; che infine il sussidio annuale dato dal Consorzio Universitario è insufficiente a tanti bisogni, davanti a tanta povertà.

Io voglio in questo momento essere schietto fino allo scrupolo, e lasciarvi interamente scorgere l'animo mio. Quando nella lontana Catania appresi la mia nomina in Pavia, io provai un grande conforto, perchè essa segnava un passo di più nella mia carriera, perchè mi lusingava il pensiero di venire professore in una Università, dove aleggiano ancora gli spiriti di Scarpa, di Porta e di Panizza, e perchè infine, nato ai piedi delle Alpi, di tanto in tanto laggiù crucciava anche me il pensiero così bene espresso dalle parole latine:

Dulcis amor patriæ, dulcis videre suos.

Ma non vi nascondo, che quando ebbi notizia dello stato della Clinica ostetrica, che dovevo dirigere, fu un insieme di incredulità dapprima, poi di sorpresa e di sgomento. Sorpresa e sgomento bensì, ma non sfiducia, sembrandomi impossibile che per forza di uomini e di cose non vi si dovesse porre riparo in un non

lontano avvenire. E appena giunto in Pavia, senza perdere tempo, io cercai di migliorarne le condizioni con domande al Governo, al Consorzio, all'Ospedale, conoscendo per prova che soventi le prime domande di un professore nuovo sono meglio accolte, e ben sapendo che le occasioni favorevoli non sono troppo frequenti. E qui mi corre l'obbligo di ringraziare cordialmente la Direzione e la Amministrazione dell'Ospedale, che a guisa di burbero benefico, pur dichiarando di non voler spendere un centesimo di più per la Clinica ostetrica, con fino accorgimento del bene universitario, mi concesse subito la direzione sanitaria gratuita del comparto ginecologico dell'Ospedale, e diede le opportune disposizioni per rendere possibile un vero *internato* delle alunne levatrici. In tal modo tutto il materiale ostetrico-ginecologico dell'Ospedale è attratto nell'orbita della Clinica ostetrica: e così viene aumentato il numero dei parti, e reso possibile un vero insegnamento clinico della ginecologia. Se l'esperienza futura dimostrerà, che anche con questo miglioramento i casi clinici di ostetricia sono ancora impari ai bisogni, io cercherò nel venturo anno di ripararvi con una proposta, alla quale spero una accoglienza favorevole, perchè giovevole a tutti; domanderò che sia istituito un servizio policlinico gratuito, vale a dire l'assistenza gratuita delle partorienti povere a domicilio. Uno studente, od un'alunna levatrice, riconosciuti sufficientemente abili, e sorretti nel primo esame da uno dei medici assistenti, o da una delle levatrici addette alla clinica, potranno essere inviati a domicilio di quelle partorienti povere, che vogliono essere gratuitamente assistite, e daranno avviso all'Istituto Ostetrico, se il parto assume un andamento irregolare. A Copenaghen, a Koenisberg, a Lipsia, ad Halle, ed in molti altri luoghi, dove il materiale clinico scarseggia, si cerca appunto di aumentarlo con tali istituzioni. A Londra anzi in certi quartieri quest'assistenza è la regola generale, perchè mancano le Maternità.

Riguardo all'organico del personale ed ai sussidi pecuniari io ebbi buone promesse dal Ministero; molto poi spero dal Consorzio universitario, ente locale, al quale non possono sfuggire i bisogni e le necessità della Clinica ostetrica.

Ho detto più sopra che non solo norme regolamentari e necessità di insegnamento, ma anche ragioni di progresso scientifico vogliono che l'insegnamento, che impartire si deve dai professori di ostetricia, abbracci anche la ginecologia. Difatti l'inse-

gnamento è uno dei mezzi più potenti, che aiuti la scienza a progredire. Nessun esempio potrebbe dimostrare questa tesi meglio di quanto è avvenuto fra noi per l'ostetricia e la ginecologia. L'ostetricia in Italia — in confronto della ginecologia — fu relativamente fortunata, perchè, buone o cattive, già da lungo tempo furono per lei create Cliniche speciali. E con queste, o bene o male, si è potuto lavorare scientificamente ed oggidì noi possiamo dire con soddisfazione di possedere una vera ostetricia italiana, che porta onorevolmente il suo nome accanto all'ostetricia tedesca, inglese e francese. Per convincersi dell'attività dell'ostetricia in Italia basta gettare uno sguardo alla elaborata « Storia » che ne ha fatto il chiarissimo Prof. Corradi, nella quale ripetutamente si trovano citati ben 1431 autori italiani. Inoltre dopo che il Corradi dava alle stampe il suo bel lavoro di lunga lena, la produzione scientifica andò aumentando non solo, ma migliorando anche nell'indirizzo, com'è facile rilevarlo dalle pubblicazioni, che su questo argomento si incontrano nei nostri numerosi periodici di medicina. Lo stesso, sgraziatamente, non si può dire della ginecologia Se fra noi non mancano uomini preclari, che attinsero il loro materiale di istruzione nella privata clientela o in qualche comparto ospitaliero, dobbiamo però confessare che un corpo di dottrina nostro proprio, una ginecologia con un indirizzo nazionale, fa completamente difetto. Ci è giuocoforza riconoscere che l'Italia, la culla un tempo delle mediche discipline, nella ginecologia è oggi alla retroguardia. E la causa di questa inferiorità si deve ricercare nella mancanza di cliniche speciali: senza di esse i professori di ostetricia non possono dare ai loro allievi un indirizzo ginecologico. Vediamo rapidamente in quali condizioni si trovi la ginecologia nelle Università italiane: ne posso parlare con una certa competenza avendole visitate pressochè tutte. Non parlo di Messina e di Catania, dove le Cliniche ostetriche dispongono solo di una dozzina di letti al più, e alle quali le donne malate d'utero non hanno l'abitudine di domandare soccorso. A Palermo, per quanto io ne so, non si accettano in Clinica donne colpite da forme morbose ginecologiche. A Napoli ne vidi qualcuna giacente alla rinfusa in un vasto camerone colle puerpere od in qualche camera separata. A Roma la vera Clinica ostetrica, una camera con 12 letti, fu destinata interamente alla ginecologia dal Prof. Pasquali, che nella sua qualità di ostetrico ordinario dell'Ospedale S. Giovanni in Laterano, usufruisce

per l'insegnamento ostetrico di tutto il materiale del vasto Ospedale. A Bologna non si fa punto ginecologia; a Modena in seguito alla riorganizzazione di quella Clinica, che io potei compiere mediante accordi colla Congregazione di Carità, fu reso possibile il far vedere in Clinica un po' di ginecologia agli studenti; a Parma il Consorzio universitario nello scorso anno ha cominciato a mantenere alcuni letti di ginecologia nella Clinica ostetrica. La Clinica ostetrica di Padova non fu ancora da me visitata, ma mi pare che non vi si faccia molta ginecologia. A Genova sonvi due letti destinati alla ginecologia: a Cagliari ed a Sassari le Cliniche sono assai piccole, ed il mio collega Prof. Mangiagalli mi diceva avere nel decorso anno scolastico ricoverato in Clinica 16 persone, fra le quali eranvi donne gravide, donne affette da forme ginecologiche e bambini; se la varietà non mancava faceva difetto sicuramente il numero. A Torino il Direttore della Clinica ostetrica è ancora più tiranneggiato, non essendogli permesso di accogliere donne non gravide. Il mio maestro, il Prof. Tibone, si dibatte in una cerchia di regolamenti, dalla quale non può uscirne malgrado tutti gli sforzi. Per accettare due donne affette da cisti ovariche, che operava con successo avanti alla scolaresca, dovette ricorrere al meschino artifizio di simulare un errore diagnostico, facendo finta di crederle gravide. Ed un membro dell'Amministrazione della Maternità, che un giorno fu assistente nella stessa Clinica, metteva senz'altro l'antico suo Professore in stato d'accusa, cercando di fargli pagare le spese del mantenimento delle due ricoverate. I venti non spirano proprio favorevoli alla istituzione della Clinica ginecologica in Torino mediante trattative ed accordi ufficiosi. Il Dott. Berrutti, professore pareggiato di ostetricia in quella Università, che promosse un'agitazione lodevolissima per la fondazione di un *Ospedale ginecologico*, per combattere l'istituzione di una Clinica ginecologica *ufficiale* accanto alla Clinica ostetrica, scriveva or non è molto, che le donne che vi sarebbero accolte, avrebbero corso il rischio di essere colpite da febbre puerperale (sic), mentre nel suo progetto del nuovo Ospedale Maria Vittoria proponeva di ricoverarle in un fabbricato apposito bensì, ma vicino a bambini difterici, scarlattinosi, morbillosi e via dicendo. Strana logica medica! Di modo che non resta che Firenze: solo in Firenze avvi una vera Clinica ginecologica nell'Istituto Superiore degli studi, che è mantenuta quasi esclusivamente da un Consorzio della città e della provincia.

Ecco le sorti della ginecologia in Italia. Di fronte a queste tristissime condizioni come pretendere lavori scientifici, pubblicazioni, ecc.? Il Manfredini, che ha scritto un libro sulle più celebri Università antiche e moderne, rimprovera aspramente il professore italiano perchè non produce, non lavora, non prende parte alle lotte scientifiche e riposa tranquillo all'ombra del canonicato accademico. Io non devo qui occuparmi delle altre facoltà, ma per ciò che riguarda la medicina mi pare che il Manfredini sia nel torto accusando i Professori delle tristi condizioni in cui ci troviamo. Sono anzi convinto, che il Professore italiano si sforzi di lavorare e compia qualche volta dei veri miracoli per sopperire alla mancanza dei mezzi più vitali per la ricerca scientifica. La nostra produzione scientifica è molto inferiore a quella tedesca, non lo nego; ma fatta la debita parte alla differenza numerica di popolazione, io credo che se in Germania con 100 si produce 100, da noi con 20 si produce 30. Non è la buona volontà che fa difetto ai Professori, ma i mezzi che fanno difetto alla buona volontà dei Professori. E stando così le cose di chi è la colpa? Mi pare che anche il Professore italiano rivolgendosi al Governo ed ai Consorzi abbia il diritto di far suo qualche volta il motto *date et dabitur,* che lessi sulla facciata di qualche chiesa di campagna.

Ma se ciò scusa i professori in particolare, non scusa però gli italiani considerati collettivamente come nazione. È tempo di svegliarsi, è necessario fare qualche cosa anche per l'insegnamento superiore. Siamo alla vigilia di eventi importanti nella vita delle Università; siamo, permettetemi una parola di cui oggi si usa e si abusa tanto, in tempi di *trasformismo.* Il Ministro Baccelli con un apposito progetto di legge propugna l'autonomia didattica, amministrativa e disciplinare delle Università, per cercare di mettere riparo ai mali che le affiggono. Non è mio compito di indagare in questo momento se le modificazioni proposte dall'onorevole Ministro siano un bene od un male, e sono anzi ben lieto di non dover approfondire questo intricato argomento davanti a Voi, quantunque, come tutti gli altri Professori, abbia seguito col più vivo interesse quanto venne pubblicato in proposito. Ma intanto non si può far a meno di riconoscere, che il solo parlare di autonomia universitaria ha avuto il benefico risultato di richiamare vivamente l'attenzione del pubblico sulla morta gora delle Università italiane. Io non sono gran che pratico di scienze

politiche e di maneggio di pubblici affari: sono però persuaso, che una faccia del problema della prosperità delle nostre Università sia da ricercarsi nelle condizioni del bilancio. Dice bene il Guerzoni, nella sua conferenza sull'esercito in Italia, asserendo che i mali, che affliggono l'Italia, derivano tutti più o meno, come effetto da causa, dalla povertà, che ci costringe a lesinare colla mano scarna dell'avaro i più necessari soccorsi alle più necessarie istituzioni. Finchè ai professori di molte Università italiane sarà assegnato uno stipendio inferiore a quello d'un insegnante delle Scuole Tecniche in Germania, finchè si lascieranno gli Istituti scientifici nella inopia e nella miseria, sarà assai difficile, per non dire impossibile, camminare lestamente innanzi. E mi pare anzi, per dire intera la mia opinione su questa parte della questione, che l'autonomia concessa alle Università italiane nelle attuali condizioni, senza averle prima dotate dello strettamente necessario, finisca per risolversi in una nuova imposta ad alcune città e ad alcune provincie. Se queste non le sussidiano spontaneamente, dalla miseria in cui si trovano cadranno in marasmo, e saranno obbligate a trasformarsi, o a ridursi a semplici facoltà, o a perire vergognosamente. Stante il grande numero di Università in Italia sarà questo un bene od un male? Lascio la questione insoluta, ma intanto sta il fatto, che le città e le provincie, sedi di Università, bisogna che ci pensino e se ne preoccupino, se vogliono farle vivere e prosperare. Ed è a questo punto che io volevo condurvi, o Signori, ed aggiungerò a conforto di queste città e di queste provincie, che una Università ricca e prosperosa è sorgente non solo di maggior lustro e decoro, ma anche di miglioramenti economici. Dice il Coppi in un suo libro su questo argomento, che il sorgere di un'Università nel medio evo, era riguardato come un aumento nelle entrate del Comune; quanto più numerosi erano gli accorrenti, tanto maggiori erano i vantaggi. Ciò si è verificato non solo nel medio evo, ma anche nei tempi moderni; Bonn, la patria di Beethowen, che cinquant'anni fa possedeva solo 10,000 abitanti, oggi per lo sviluppo della sua Università ne conta 30,000. L'Università di Pavia, che nacque anch'essa, come dice il cronista Azario, dal desiderio di accrescere la popolazione, ha tali splendide tradizioni, che sarebbe davvero una sciagura, se dovesse venir meno ai suoi alti destini. Mi pare quindi che Pavia dovrebbe accarezzare il suo Ateneo inspirandosi appunto a quanto si fece nel medio evo dai Comuni

per le nostre antiche Università. È tutta una storia di generosi sacrifizi, che in questi tempi difficili è bene ricordare, come fece appunto molto opportunamente in questo stesso anno il Professor Carnazza Amari per incuorare Catania a sussidiare più largamente la propria Università.

In Padova nel 1351 venne destinato a profitto degli studii la gabella dei carri (plaustrorum) e dei bovi (bovaticum), e un secolo dopo Bergamo, Verona e Treviso furono dalla Repubblica Veneziana obbligate a prendere parte alle spese necessarie per il mantenimento di quella Università. Galeazzo Visconti, ricevuto il rescritto imperiale che accordava il privilegio di studio generale alla Università di Pavia obbligò il clero di Novara a provvedere i dottori di letti e panni necessari. Ferrara nel 1743 si assunse l'impegno del mantenimento della propria Università — Roma dava 14,000 fiorini per pagare i dottori — Vercelli forniva 500 alloggi per gli studenti, faceva loro dei prestiti giungendo fino all'egregia somma di 10,000 lire pavesi. Splendidi esempi non mancano neppure oggidì: Genova e Catania in questo stesso anno elevarono il sussidio annuale del Consorzio universitario da 30 mila a 110 mila lire. Pavia, che si trova a capo di una delle più ricche provincie d'Italia, dà alla sua Università l'egregia somma di 40 mila lire. Ma gli Istituti medici sono troppo miseramente dotati. La Clinica ostetrica ebbe nello scorso anno un sussidio di sole 300 lire. Sentii scusare la pochezza di questo assegno con varie ragioni, delle quali io non nego punto la giustezza. Ma è però bene che si sappia, che le sovvenzioni del Consorzio universitario per certe Cliniche sono insufficienti. Già altre due volte in breve volgere di giorni avete sentito elevarsi grida di allarme, grida di aiuto da parte di persone di me più autorevoli, ed in un'occasione di questa più solenne: nutro fiducia che non si vorrà essere ad esse insensibili.

Ma è tempo di finire questa omai lunga digressione. Era mia intenzione esporvi il *mio programma* per migliorare le sorti della Clinica ostetrica ticinese, ed a questo scopo, o bene o male, sono pervenuto. A questo punto, considerando le infelici condizioni di ubicazione dell'Istituto ostetrico, che si trova situato nel centro dell'Ospedale, in questi tempi in cui la protistologia medico-chirurgica, come la chiama il Maggi, va sempre più guadagnando di importanza nell'eziologia morbosa, mi ritornano mestamente alla mente le assennate parole di Pringle « *plus occidit aer quam*

gladius. » E persuaso che tutte le cautele profilattiche, tutte le misure antisettiche non saranno sempre capaci di tenerci lontano le visite dell'infezione puerperale, durante le quali si sarà pur troppo costretti a ridurre od anche a sopprimere le assistenze ai parti, limitando così ancora di più il di già scarso materiale clinico, io mi auguro che sorga il giorno di vere riforme radicali. Chi esce dalla stazione ferroviaria di Berna, alla sua destra, su di un ameno colle che domina la città, scorge un bel edificio dalle linee severe, dall'aspetto pulito, che copre un'area di 7 mila metri quadrati all'incirca: è desso l'Istituto ostetrico, che fu inaugurato nel novembre del 1876, e che dà ricetto nel 1º piano all'ostetricia e nel 2º piano alla ginecologia. Nello scorso anno potei accertarmi personalmente dei grandi vantaggi, che esso sotto la saggia direzione del Prof. Muller, arreca all'insegnamento ed alle ricoverate. Permettetemi che io termini con un voto, che sarà come il corollario ideale di quanto sono andato finora esponendo: che cioè per volere di città, di provincia e di governo sorga anche qui in un giorno non lontano un Istituto ostetrico eguale a quello costrutto nella piccola capitale della libera Elvezia.

Signori!

Michele Lessona, che fu Rettore dell'Università di Torino pochi anni fa, in uno dei libri più briosi, che io di lui mi abbia letto, dice, che un Professore, che entra in una Università, deve pagare di persona, deve vincere una battaglia; è aspettato con curiosità se non altro dagli studenti e dai colleghi, tutti si domandano come sarà per cavarsela nelle prime lezioni, tutti si propongono di andarlo a sentire. E la prima scaramuccia di questa guerra, che il Professore deve di nuovo combattere per conquistare una seconda volta il suo posto, dopo di averlo guadagnato per concorso, comincia generalmente colla prelezione. Malgrado che io trovi essere le prolusioni in genere una consuetudine di altri tempi, e divida completamente le idee del Peter, che nel suo libro di *Clinique Médicale* le dice una costumanza di altre età, non ho però creduto conveniente di sottrarmi all'uso tiranno, che me la imponeva. Deciso ad inaugurare il mio corso con una prelezione dovetti risolvere subito la questione della scelta dell'argomento. Non vi nascondo, che allora passai attraverso un breve periodo

di dubbio e di incertezza, durante il quale provai intera la verità di quei versi di Dante:

> E quale è quei che disvuol ciò che volle,
> E per novi pensier cangia proposta,
> Sì che del cominciar tutto si tolle.

Sebben non ignori come in simili occasioni si dia generalmente la preferenza ad argomenti di natura sintetica, che permettano di schiarire l'indole, il fine od il progresso della specialità che si professa, oppure si cerchi di approfondire e di illustrare con ricerche originali un dato punto della scienza che si coltiva, pure ho creduto questa volta di dover fare un'eccezione collo sciegliere un tema, che più della scienza da insegnarsi, si occupasse dei mezzi necessari per insegnarla. E ciò perchè durante quel periodo di incertezza nella scelta, di cui vi ho parlato, mi cadde sotto gli occhi la bella conferenza sulla medicazione antisettica di quel potente operatore, che è il Prof. Bottini, nella quale è detto che il vero chirurgo deve essere sobrio di parole e largo di fatti. Ora il io credo che questa massima convenga anche in ostetricia ed in ginecologia. Ma sono pur convinto che i fatti non solo sono in rapporto col valore personale dell'insegnante, ma anche coi mezzi, dei quali egli può disporre. E siccome non mi dissimulo, che l'opera mia e l'attività dell'Istituto, del quale assumo oggi la direzione, sarà giudicata specialmente, ed a buon diritto, in base ai fatti, non ho creduto fuori di luogo l'esposizione franca, onesta e senza secondi fini, delle condizioni attuali della Clinica ostetrica pavese. Sia poi questa scelta da voi approvata o biasimata, anche coll'argomento arido e noioso, che impresi a svolgere, io posso in questo momento, e sono ben lieto nel farlo, ringraziare gli onorevoli colleghi, che tanto cortesemente mi accolsero, e che colla loro presenza in questa circostanza mi vollero nuovamente dare il benvenuto. E nel terminare sento il dovere di ricordare alla balda gioventù studiosa, colla quale avrò comune il lavoro scientifico, come l'illustre Prof. Lovati abbia lasciato scritto, che l'ostetricia fu sempre studiata con amore in questo Ateneo. Ciò impone senz'altro a voi, o giovani egregi, l'obbligo di seguirne il lodevole esempio, e vi sia di conforto nelle aspre fatiche dell'apprendere il rammentare, che oggidì sapere è potere, e che solo « *in hoc signo vinces.* »

IL PARTO NELLE PRIMIPARE GIOVANI

RICERCHE

del Dott. **PAOLO NEGRI**
Professore e direttore della Scuola Pareggiata di Ostetricia in Novara.

Vaghezza di confronti, opportunità di ricerca, condiscendenza di chi in allora era mio diretto superiore, fecero sì che tentassi ora è qualche anno, alcune ricerche intorno al parto nelle primipare giovani: scarso è il materiale che in quell'epoca io trovai e tale e quale ora lo presento al pubblico ostetrico non avendo vicina speranza di poterlo ingrossare con nuove osservazioni. Io lo considero perciò come un nucleo dal quale, potranno esser tirate in un tempo non lontano deduzioni serie e valevoli, qualora vengano ad aggrupparsi ad esso nuove osservazioni e nuovi materiali raccolte ed offerti dai numerosi cultori dell'ostetricia.

Le osservazioni furono tratte dai registri della maternità di Milano alla quale è annessa quella importante R. Scuola di Ostetricia, ed abbracciano il tempo decorrente dall'anno 1852, a tutto il 1881, un trentennio cioè, durante il quale furono registrati in quella maternità non meno di undicimila parti.

La prima questione che si presentava in tale ricerca si era quella di stabilire una età, limite superiore, al disotto del quale la gravida presa in esame potesse a buon diritto chiamarsi giovane.

Io presi come limite superiore il 15 anno e ciò che mi spinse a tale decisione si fu il disposto del nostro codice civile, il quale all'articolo 55 così dice: *Non possono contrarre matrimonio l'uomo prima che abbia compiuto gli anni 18, e la donna prima che abbia compiuto gli anni quindici;* solo per eccezione può esser concesso il matrimonio prima di aver toccato questa età, ed a ciò provvede l'articolo 68: *Il re può anche dispensare dall'impedimento di età, ed ammettere al matrimonio l'uomo che ha compiuto gli anni quattordici, e la donna che ha compiuto gli anni dodici.*

Le osservazioni che ora brevemente darò riguardano adunque gravide che partorirono durante il 13º, 14º e 15º anno: giova però notare che per alcune di quest' ultima categoria realmente l' età sarà stata superiore ai 15 anni, essendo invalso l' uso di prendere quale esponente della età, il numero rappresentante gli anni compiuti trascurando il numero dei mesi; ragione questa che tuttavia non può infirmare i resultati, poichè se noi prendiamo il disposto del codice che domanda in modo assoluto i 15 anni compiuti, apparirà chiaro che il minimo numero di queste spose saranno madri solo verso il termine del 16º anno, la maggior parte invece nel principio, o corso del 17º.

Questo stesso motivo (la disposizione del codice) basterà anche per giustificare il perchè tutte le gravide in questo scritto considerate, lo fossero illegittimamente: ciò ci toglie eziandio un altro valore, la cui conoscenza potrebbe essere di grande importanza in tali ricerche, la constatazione cioè dell' età di colui che rese madre la giovine.

Ciò premesso espongo qui assai concisamente le seguenti

Osservazioni.

1.ª N. 147 - 1856 — di anni 15 - accettata nell'8º mese di gravidanza parto a termine per il vertice (O S A) - periodo dilatante ore 3 - espulsivo min. 30 - espulsione spontanea di un maschio vivo pesante libbre 9 con biparietale di pollici 3,7 - il puerperio fu morboso per leggera metrite - uscì guarita.

2.ª N. 160 - 1859 — di anni 15 - accolta nell' 8º mese - parto a termine per il vertice (O S A) - periodo dilatante ore 10 - espulsivo 4,30 - nacque spontaneamente una femmina viva, pesante libbre 8, oncie 10, con un biparietale di pollici 3,10 - puerperio morboso per leggera metrite - uscì guarita.

3.ª N. 226 - 1859 — di anni 15 - accettata nel 6º mese - parto a termine per il vertice (O I D P) - periodo dilatante ore 14 - espulsivo 3 - nacque una femmina viva, pesante libbre 10, oncie 2, con biparietale di pollici 4 - puerperio fisiologico.

4.ª N. 275 - 1861 — di anni 14 - accolta nel 6º mese - parto a termine per il vertice (S A) - periodo dilatante ore 7 - espul-

sivo 3 - fu espulsa spontaneamente una femmina viva, pesante libbre 10, oncie 6, con un biparietale di pollici 3, linee 8 - il puerperio fu regolare.

5.ª N. 340 - 1863 — di anni 15 - accolta nell'8º mese - parto a termine per il vertice (O I S P) - periodo dilatante ore 5 - periodo espulsivo ore 3,45 - nacque un maschio vivo, pesante libbre 8, oncie 4, con un diametro biparietale di pollici 3,6 - puerperio regolare.

6.ª N. 501 - 1863 — di anni 14 - accolta nell'8º mese - parto a termine per il vertice (S A) - periodo dilatante ore 7 - espulsivo 1 - nata una femmina viva, pesante libbre 11, oncie 6, con un diametro biparietale di pollici 3,7 - il puerperio fu regolare.

7.ª N. 419 - 1864 — di anni 15 - accolta nel 4º mese - parto a termine per il vertice (O I S A) - periodo dilatante ore 7,45 - espulsivo minuti 30 - espulsione di una femmina viva, pesante grammi 3200, lunga cent. 49,9 (25-24-9) con biparietale di millimetri 90 - puerperio regolare.

8.ª N. 423 - 1864 — di anni 14 - accolta nel 4º mese - parto a termine per il vertice (O I S A) - periodo dilatante ore 5 - espulsivo minuti 45 - nacque un maschio vivo, pesante gr. 3100, lungo cent. 49 (25-24) con un biparietale di mill. 91 - il puerperio fu regolare.

9.ª N. 381 - 1865 — di anni 15 - accolta nell'8º mese - parto a termine per il vertice (O I D P) - non segnata la durata del periodo dilatante - periodo espulsivo durato 7 ore - femmina viva, pesante gr. 3000, lunga cent. 50,3 (25-25,3) - biparietale mill. 91 - puerperio morboso per metrite.

10.ª N. 453 - 1865 — di anni 15 - accolta nell'8º mese - parto a termine per il vertice (O I S A) - periodo dilatante ore 7 - espulsivo 5 - nacque un maschio vivo, pesante gr. 3300, lungo cent. 50,3, con biparietale di mill. 91 - puerperio morboso per febbre tifoidea - morte.

11.ª N. 243 - 1867 — di anni 15 - accolta nel 9º mese - parto

a termine per il vertice (O I S A) - periodo dilatante ore 4,30 - espulsivo 3,30 - maschio vivo, pesante gr. 3150, lungo cent. 50,4 (25,4-25) con biparietale di mill. 90 - puerperio regolare.

12.ª N. 327 - 1867 — di anni 15 - accolta nel 6º mese - parto a termine per il vertice (O I S A) - periodo dilatante 2,30 - espulsivo 4,45 - maschio vivo, pesante grammi 3609, lungo cent. 51 (25,7-25,3), con biparietale di mill. 91 - puerperio morboso per peritonite.

13.ª N. 77 - del 1868 — di anni 15 - accolta nell' 8º mese - anassarcatica, non albuminurica - parto spontaneo a termine per il vertice (O I S A) - durata del periodo dilatante ore 10, di quello espulsivo ore 7 - maschio vivo, pesante gr. 4178, lungo cent. 51 (25,6-25,4), con biparietale di mill. 90 - puerperio normale.

14.ª N. 277 - 1868 — di anni 14 - accolta nell'8º mese - parto spontaneo, prematuro alla fine del 7º mese per il vertice (O I S A) - periodo espulsivo ore 10 - maschio vivo, pesante gr. 1900, lungo cent. 45,7, con biparietale di mill. 76 - puerperiò regolare.

15.ª N. 338 - 1869 — di anni 15 - accolta nell' 8 mese - parto a termine per il vertice (O I S A) - periodo dilatante ore 10, periodo espulsivo ore 3,30 - femmina viva, pesante gr. 3160, lunga cent. 52,7 (26,5-25,7), con biparietale di mill. 88 - puerperio regolare.

16.ª N. 262 - 1878 — di anni 15 - accolta nel 7º mese - parto a termine spontaneo, per il vertice (O I S A) - periodo dilatante ore 12, espulsivo 8 - maschio vivo gr. 2235, lungo cent. 47,2 (25,5-21,7) con biparietale di mill. 81 - puerperio regolare.

17.ª N. 284 - 1873 — di anni 15 - accolta nel 7º mese - parto spontaneo a termine per il vertice (O I S A) - periodo dilatante ore 8, espulsivo 2,30 - maschio vivo, pesante gr. 3000, lungo cent. 47 (27-20). con biparietale di mill. 95 - puerperio morboso per endometrite e difterite valvo-vaginale - guarigione.

18.ª N. 145 - 1874 — di anni 15 - accolta nel 7º mese - parto spontaneo a termine per il vertice (O I D P) - periodo dilatante ore 7, espulsivo 1,30 — femmina viva, pesante gr. 2720, lunga cent. 50 (26-24), con biparietale di mill. 90 - puerperio normale.

19.ª N. 313 - 1874 — di anni 14 - accolta nel 9º mese - parto a termine per il vertice (O I S A) - periodo dilatante ore 14,50, espulsivo 0,5 - femmina viva, pesante gr. 3150, lunga cent. 49 (27-22), con biparietale di mill. 95 - puerperio regolare.

20.ª N. 257 - 1875 — di anni 14 - accolta nel 6º mese - parto a termine, spontaneo per il vertice (O I S A) - periodo dilatante ore 10, espulsivo minuti 30 - femmina viva, pesante gr. 3300, lunga cent. 49 (25-24), con biparietale di mill. 90 - puerperio morboso per peritonite.

21.ª N. 181 - 1876 — di anni 15 - accolta nell'8º mese - parto spontaneo a termine per il vertice (O I S A) - periodo dilatante ore 17,15, espulsivo 0,45 - nacque un maschio vivo, pesante gr. 2900, lungo cent. 50 (28-22), con biparietale di mill. 90 - il puerperio fu morboso per endometrite.

22.ª N. 250 - 1876 — di anni 14, accolta nell'8º mese - parto a termine spontaneo - per il vertice (O I S A) - primo periodo ore 10,30 min., secondo 0,30 - maschio vivo, pesante gr. 3130, lungo 50 cent. (25-25), con biparietale di mill. 95 - puerperio regolare.

23.ª N. 289 - 1876 — di anni 15 - accolta nell'8º mese - gravidanza morbosa per febbre (manca ogni caratteristica) parto spontaneo prematuro - vertice (O I D A) - primo periodo ore 45,30, secondo 0,35 - femmina viva, pesante gr. 2570, lunga centimetri 49 (25-24) - biparietale mill. 85 - puerperio regolare.

24.ª N. 166 - 1878 — di anni 15 - accolta nell'8º mese - parto a termine per il vertice (O I S A) - periodo dilatante ore 6, espulsivo 0,30 - femmina viva, pesante gr. 3250 - lunga cent. 49 (25-24), con biparietale di mill. 91 - puerperio normale.

25.ª N. 224 - 1880 — di anni 15 - accolta nel 4º mese - parto

maturo spontaneo - primo periodo ore 29,45, secondo 5,35 - per il vertice (O I S A) - feto maschio vivo, pesante gr. 3450, lungo cent. 50 (27-23), con biparietale di mill. 87 - puerperio morboso per setticemia (endometrite) - guarigione.

26.ª N. 287 - 1880 — di anni 15 - accolta nel 7º mese - parto a termine per il vertice, spontaneo - primo periodo ore 9,15, secondo 1,45 - (V. O I S A) - maschio vivo, pesante gr. 3220, lungo cent. 50 (26-24), con biparietale di mill. 90 - puerperio regolare.

27.ª N. 161 - 1881 — di anni 13 ½ - cretina - accolta nel 7° mese - parto spontaneo per il vertice (O I S. A) - primo periodo ore 12, secondo 3 - maschio vivo, pesante gr. 2670, lungo cent. 50 (26-24), con biparietale di mill. 90 - puerperio lievemente piretico.

Ci conviene ora trarre alcune considerazioni dai fatti esposti che per quanto poco numerosi sieno, tuttavia hanno un valore: ma per far ciò ci è giocoforza presentare al lettore una serie di prospettini risguardanti:

a) *la durata del periodo dilatante;*
b) *quella del periodo espulsivo;*
c) *il sesso del neonato;*
d) *lo sviluppo del neonato* e precisamente: *il peso, la lunghezza, il valore del diametro biparietale;*
e) *la durata della gravidanza;*
f) *l'andamento del puerperio;*
g) *la presentazione e la posizione.*

Incominciamo adunque:

a) Durata del periodo dilatante.

Lo stabilire esattamente la durata di questo periodo è ben più difficile praticamente che teoricamente; molti sono infatti i criteri dai quali si può partire, moltissime poi le circostanze che possono far variare la durata di tale periodo: a noi non essendo dato di poter fare una critica accurata delle varie osservazioni e delle singole circostanze, è mestieri prendere le cifre *brute* quali raccogliemmo dai registri clinici.

Troviamo adunque che le 27 gravide da noi studiate impiegarono complessivamente nel periodo dilatante ore 273,30 con una durata massima di ore 45,30, e minima di ore 2,30; deducendo la media generale troviamo questa espressa da

ore 10 minuti 6.

Da ricerche che ebbi a fare su 86 gravide accolte nella maternità di Milano nelle condizioni seguenti: primipare, parto a termine, pelvi bene conformata, feto in presentazione di vertice, avrei trovato una media per detto periodo espressa da

ore 12 minuti 57.

Ora la differenza in meno dimostrata da queste due medie può essere presa solo in una relativa considerazione: è chiaro cioè che essa può essere in gran parte data dalle due troppo disuguali quantità esaminate, e cioè 86 gravide primipare di età superiore ai 15 anni, contro solo 27 gravide primipare al disotto di questa età.

b) Durata del periodo espulsivo.

Minor numero di cause d'errore si incontrano praticamente nella valutazione della durata di questo secondo periodo: scorrendo le esposte osservazioni troviamo che le ore complessivamente impiegate furono 79, con una durata minima di minuti cinque, ed una massima di ore 10.

La media generale sarebbe segnata dalla quantità

ore 2 minuti 55.

Facendo anche per questa cifra un confronto con quella trovata per le 86 primipare sopra menzionate, troviamo che queste impiegarono un tempo molto più breve e precisamente ore 1 minuti 29: ma anche per questa differenza non è per noi ozioso il fare la riserva che fu esposta parlando del periodo dilatante.

c) Il sesso del neonato.

Nè ci pare inutile il tener conto anche di questo fatto, poichè come in altra parte dello scritto vedremo, si volle che nella determinazione del sesso avesse una parte l'età dei genitori.

Troviamo che le 27 madri diedero:

Maschi: 15. — Femmine 12.

d) Sviluppo del neonato.

Questo sviluppo lo consideriamo nei tre fattori *peso corporeo, lunghezza* e valore del *diametro biparietale.*

Peso corporeo. — Dalle 27 osservazioni ne togliamo una sola la 14ª, riferentesi ad un parto troppo manifestamente immaturo, ed il cui computo assieme alle altre infirmerebbe ingiustamente la media. Dei 26 neonati il più pesante toccava 4178 grammi, il meno pesante gr. 2235: la media generale sarebbe rappresentata dal numero 3145. Anche per il peso ricorro a risultati da me avuti con ricerche fatte su gravide accolte nel biennio 1880-81 alla maternità di Milano: trovo nelle mie note che il peso medio dei nati da primipare sarebbe rappresentato da 3228 grammi, tratto questo dallo studio di N. 136 neonati (76 maschi, 59 femmine), che presentavano i caratteri della maturità, e da madri di età superiore al 15 anno.

Lunghezza. — Solo di 20 riscontrammo notata la lunghezza essa ci dà non forti oscillazioni, e queste neppure legate a quelle del peso corporeo: la media risultante sarebbe di cent. 47,4.

Resta finalmente il valore del *diametro biparietale.* Questo lo consideriamo soltanto in 25 osservazioni, escludendo la 14ª per la ragione sopradetta e la 3ª sembrandoci un po' sospetta la misura di 4 pollici data per il diametro biparietale della neonata.

Ciò considerato, volendo piuttosto errare in meno che in più, troviamo il valore del diametro biparietale espresso da 91 mill.

Come ho fatto per il peso ricordo ora le medie da me trovate riguardo alla lunghezza ed al diametro biparietale, nei neonati di primipare superiori al 15º anno di età.

Lunghezza media dei 135 neonati cent. 50: lunghezza media del diametro biparietale anatomico mill. 88,8.

e) Durata della gravidanza.

Poco abbiamo da dire a questo riguardo: 26 gravidanze toccarono il termine, o furono da queste discoste appena di qualche giorno: una sola ebbe ad interrompersi nel principio dell'8º mese, e la causa di questo fatto non trovammo specificata.

f) Andamento del puerperio.

Tra i 27 puerperi ne troviamo N. 18 decorsi secondo norma, N. 8 decorsi morbosamente e tutti per forme settiche più o meno gravi, ed uno mortale per febbre tifoidea. Ora in riguardo a ciò noi crediamo impossibile il poter trarre deduzioni anche assai lontane dal vero: le 27 osservazioni spigolate fra le note di undicimila puerpere abbracciano il lungo periodo di 30 anni: in questo decorso oltre ai casi isolati di morbi infettivi, è necessario anche il ricordare le diverse epidemie osservate di tanto in tanto nella Maternità milanese, ed è in conseguenza di queste che la maggiore o minora morbilità o mortalità nell' argomento che ci occupa, possono essere effetto di casi fortuiti: solo sopra un determinato numero di *parti asettici* di gravide primipare in età differente, sarebbe possibile il trarre serie conclusioni.

g) Presentazione e posizione.

Tutte le presentazioni furono del vertice; riguardo alla posizione troviamo:

O I S A	:	22	27
O I D P	:	3	
O I D A	:	1	
O I S P	:	1	

Aggiungiamo finalmente che tutti i parti si *compirono spontaneamente* e che tutti i feti *nacquero vivi.*

Esposti così i risultati di queste nostre ricerche ci pare valga l'opera il ricordare alcunchè di quello che altri autori scrissero

intorno al parto nelle primipare giovani: in ciò fare saremo però brevissimi, non comportandoci soverchia estensione da una parte la natura della presente nota, dall'altra la scarsa letteratura a noi pervenuta su questo argomento.

Nell'opera monumentale del Corradi (1) al capitoio 15º e precisamente alle pagine 1140-1141 si trovano ricordate le parole che Sorano stesso dicea di aver tolto a Demetrio Erofileo: *quando ante maturitatem viro nuptae conceperunt ac pariunt, necdum utero plano grandi facto, neque ejus cavo amplo . . . nonnullae quoque propter aetatem provectiorem debilitate difficulter pariunt.*

Ma il Corradi ne' riguardi dell'età non potè trarre conclusione alcuna e si trova costretto a scrivere alla pag. 1141: « Gli estremi dell'età in cui la donna può riuscir madre, non solamente sono pressochè i medesimi dall'uno all'altro capo d'Italia, ma formano ognora *eccezione*, tanto è esiguo il numero dei parti che comprendono rispetto a quello degli anni che vi corrono di mezzo. »

Del resto i casi di gravidanza in giovanette assai tenere non sono poi affatto rari: troviamo infatti le osservazioni di Jaubert di Montpellier (a 9 anni), di Symes di Boston (10 anni), di Carus (8 anni), di Molitor (8 anni), ed altre non poche tra le quali una di Horwitz a proposito di una primipara di 12 anni nella quale il travoglio non durò che dieci ore e fu espulso un bambino vigoroso: tale autore riporta altri dieci casi di gravidanza in giovinette da 8 a 13 anni e mezzo ed in tutte queste il parto nulla offrì di anormale (2).

Fra gli autori che più corrono per le mani dei pratici, chi più si sofferma su tali casi è forse il Joulin. A pag. 101-102 del suo trattato nel capitolo *Puberté et nubilité*, dopo aver riportato lo specchietto offerto dal Burns relativamente allo sviluppo del bacino ecco cosa scrive:

« Comme on le voit, d'après Burns, le bassin n'aurait point » encore atteint à la dix-huitième année ses proportions défini- » tives. En cela il s'éloigne fort de l'opinion de Bichat, qui pen- » sait qu'à neuf ou dix ans les bassin est assez régulièrement » conformé pour permettre l'accouchement. Il est évident que ni » l'une ni l'autre de ces opinions n'est exacte. Les accouchements

(1) *Dell'Ostetricia in Italia*, ecc., Bologna, 1874.

(2) Per questi casi si consulti: Dieterlen. *De l'accouchement naturel chez les primipares*, Paris, 1882.

» chez les femmes âgées des moins de dix-huit ans ne sont pas » très-rares, et les cas de dystocie, par étroitesse absolue, n'ont » pas été notés particulierment dans ces circostances. J'ai assisté, » à la Clinique, à l'accouchement d'une jeune fille âgée de 13 ans » et 3 mois, qui n'était pas plus développée qu'on ne l'observé » à son âge, et cependant le travail s'est terminé spontanéament » bien que la tête de l'enfant fût d'un volume plus qu'ordi- » naire . . . . . Le père de l'enfant avait 13 ans et 9 mois. Parmi » les autres accouchements précoces observés à la Clinique on » en a noté deux à 13 ans et demi, un a 13 ans et 9 mois, d'au- » tres à 14 et a 15. »

È vero d'altronde che non bisogna tacere que' casi in cui causa la tenerissima età occorse l'intervento dell'arte: tra questi non voglio ricordare che il caso citato dà Mayrhofer (1): Anna Mummenthaler a 75 anni, moriva l'11 gennaio 1816 in Drachselwald nel cantone di Berna. Già fino dalla sua nascita era sorprendentemente sviluppata; nel secondo anno di vita comparve la mestruazione mensile e durò fino al 25º anno. All'età di 8 anni essa fu ingravidata da suo zio, che poi prese la fuga, e dopo 9 mesi partorì, coll'aiuto degli strumenti da parte del sig. medico Braun, una bambina morta lunga un braccio. D'all'8º anno in poi essa cessò di crescere.

Abbiamo riportato il fatto più per la singolarità che per la importanza che esso può avere per noi: non sfuggirà di certo al lettore come in questo caso si trattasse di una ragazza *sorprendentemente sviluppata* fino dalla nascita.

Anche per le primipare giovani accadde, per quanto riguarda al pronostico del parto, quello che avvenne per le primipare attempate: i pareri cioè si sono divisi: chi vuole che il parto si compia come di norma, chi invece trova nella tenera età circostanze sfavorevoli speciali; così Mauriceau trova una causa di distocia *de la part de la mère si elle est trop jeune, ayant le passage trop étroit* (2); ed ancora qualche anno fa il Dott. Gomez-Torrèz in un lavoro che ci fu impossibile il poter consultare ma che troviamo citato nella tesi del Dott. Dieterlen, insiste nel trovare un ostacolo al parto nelle primipare giovani *nella rigidità e mancante*

---

(1) Sterilità, vizi di sviluppo ed infiammazione dell'utero. *Enciclopedia di Patologia Chirurgica*, Pitha e Billroth. Vol. IV, Parte 1ª, pag. 542.

(2) V. Opere, 2 vol., pag. 260 e Dieterlen, l. c.

cedevolezza del collo uterino: ma contro tali idee stanno i fatti citati sparsi nella letteratura, quelli raccolti dal De la Motte, dall'Horwitz, dal Joulin, dal Dieterlen, i nostri stessi. È bene anzi ricordare qui le sedici osservazioni del Dieterlen: tutte le partorienti aveano meno di 15 anni: la durata media del parto fu di ore dieciasette, il periodo espulsivo durò un'ora ed un quarto, nacquero nove maschi e sette femmine: il peso medio dei neonati fu di grm. 2900; in tutti i casi si presentò il vertice, dodici volte con l'occipite a sinistra, quattro con l'occipite a destra (1).

Tali risultati permettono all'autore di affermare *que les primipares très jeune n'ont pas plus à redouter que d'autres la longueur anormale du travail.* Soggiunge poi che è piuttosto dalla durata del periodo espulsivo, che non dalla durata totale del parto, che si deve giudicare della resistenza offerta dalle parti molli alle differenti età, e nei suoi casi questa durata non si mostrò superiore a quelle delle primipare di media età.

Se noi ci arrestiamo ai risultati delle nostre osservazioni e dei confronti fatti coi dati tratti da altre gravide accolte, vediamo che mentre il periodo dilatante fu trovato in media di ore 10.6 per le gravide giovani, quello delle gravide di media età fu invece di ore 12.57; il contrario riscontrammo per il periodo espulsivo, e cioè che mentre le primipare giovani occuparono ore 2 min. 55, le altre abbisognarono solo di ore 1 min. 29: tale risultato ci allontana assai da quelli ottenuti dal Dieterlen; ci è forza però di osservare se qualche causa eccezionale non si sia infiltrata, per allungare di tanto il periodo espulsivo nelle gravide da noi studiate. A noi basta richiamare l'attenzione sulla osservazione 14ª nella quale il parto si iniziò prematuramente in modo spontaneo e nel quale il periodo espulsivo durò 10 ore. Ora è noto, è da itutti accettato che un parto appunto perchè prematuro si compia in modo meno avvicinantesi alla norma: sarebbe adunque logico l'escludere tale caso: in allora le 26 restanti gravide avrebbero impiegate soltanto ore 69, vale a dire che il tempo medio del periodo espulsivo sarebbe non più di ore 2,55 ma solo ore 2,39: tempo però assai più lungo ancora di quello che non avvenga nelle primipare di altra età, od anche nelle giovani studiate da altri autori.

Un'ultima questione infine riguarda il sesso dei neonati: le 27

(1) L. c., pag. 52,

madri diedero maschi n. 15, femmine n. 12. Il Dieterlen nei suoi 16 casi avea avuto: maschi n. 9, femmine n. 7; il che equivale a dire che complessivamente sopra 43 osservazioni si sarebbero riscontrati

Maschi	24
Femmine	19
	—
	43

Questi risultati possono essere consultati con utilità nello studio delle cause che determinano il sesso: sono cioè in accordo con gli insegnamenti del *Bidder* il quale trovò che anche la prima gioventù della donna è favorevole allo sviluppo del sesso maschile, ed a questo riguardo dice: « che l'apparecchio sessuale femminile negli anni di suo completo sviluppo è più che altra volta nello stato di formare la sua progenitura simile a sè (1). » accettando con ciò quanto il Mayrhofer avea espresso sulla genesi del sesso e cioè « che l'uovo umano, in tutte le circostanze, nella concezione cerca di formare il sesso femminile, ed il seme, all'incontro, quello maschile. Se il feto diventa maschio o femmina, ciò dipende dalla maggior forza in questa contesa, se da parte del seme o da quella dell'uovo ».

Veramente perchè la deduzione relativa ai nostri fatti fosse rigorosa sarebbe stato necessario il possedere un altro dato assai importante, la età cioè dei differenti padri: ma tale ricerca era per noi impossibile.

A modo di conclusione noi potremmo dire che il parto nelle primipare giovani *non offrirebbe che dati sfavorevoli riguardo alla durata del periodo espulsivo,* favorevolissimi essendo invece quelli per il periodo dilatante, per il volume del feto, per la presentazione, ecc.: ma noi ci asteniamo anche da questa conclusione bene ricordando che da troppo pochi casi non è lecito trarre deduzione valevole.

E prima di finire sento il dovere di ringraziare il Prof. Domenico Chiara alla cui gentilezza si deve se il presente scritto, per quanto di nessun valore, potè essere fatto.

Novembre 1883.

---

(2) Mayrhoper. L. c., pag. 487.

LE PIU' RECENTI MODIFICAZIONI DEL TAGLIO CESAREO

STUDIO STORICO-CRITICO

del Dott. **LUIGI MANGIAGALLI**

Professore di Ostetricia nella R. Università di Sassari

(Cont. V. N. 9-10, pag. 555).

Se noi ora facciamo lo spoglio delle osservazioni riportate, vediamo come di 140 donne (1) operate di taglio cesareo con metodo identico a quello di Porro, ovvero diverso *ma pur avente con esso comune l'obbietto di scemare i pericoli dell'atto operativo demolendo parzialmente o totalmente l'utero e gli annessi*, 82

(1) Alle 137 osservazioni già riportate, aggiungo quella di Storer riferita nel 1° capitolo e quelle di Martin e Frari venute più tardi a mia cognizione.

CXXXVIII (in ordine cronologico la 102ª). — Martin (24 marzo 1882). Berlino. Feto vivo — Madre salva.

Il caso venne riferito da M. nella Società di Ostetricia e Ginecologia a Berlino nella seduta del 22 giugno 1883 (V. *Centralblatt f. Gynaek.* N. 36).

Donna alta ctm. 118 con scheletro in alto grado deforme: la C. misurava 92 mm., ne veniva talmente inceppata la respirazione e la circolazione da ogni tenue fatica, che da ogni doglia era da aspettarsi l'esito letale, poichè sveniva soltanto a ciascuna defecazione: laonde non era da pensare ad altro mezzo di liberazione fuorchè al taglio cesareo: diede poi la preferenza al metodo Porro anzichè al classico per sottrarla ai pericoli della emorragia. La eseguì come un' ordinaria amputazione sopravaginale e praticò il drenaggio dello spazio di Douglas. (Una lettera di Godson ricevuta più tardi accenna anche al fatto che si è praticato l'affondamento come risulta da queste sue parole: peritoneum stitched over pedicle and then dropped in). Per le considerazioni che dovrò svolgere più tardi è interessante l'aggiungere come nella stessa seduta nella discussione che tenne

sieno morte, mentre 58 ebbero salva la vita, il che darebbe una mortalità brutta, complessiva del 58,57 %. Mi affretto a ripetere che non intendo servirmi di questo indice di mortalità per determinare la prognosi del taglio cesareo col metodo Porro: se io ho raggruppato casi disparati per indicazioni e per tecnicismo operativo partendo da un concetto generale, una logica epura-

---

dietro alla esposizione del caso, un altro analogo ne esponesse il Gusserow per riguardo alla natura della indicazione ma con esito differente. Si trattava di una primipara, alta 120 ctm. intensamente asfittica che venne condotta alla Charité sul principio del 10° mese di gravidanza. Il torace era in alto grado cifo-scoliotico: eravi enfisema: la C. V. misurava 9 ctm. Aspettando che la paziente si riavesse un pochino prima di decidersi per il trattamento essa soccombette improvvisamente: il bambino venne estratto vivo col taglio cesareo post-mortem. Egli si pronuncia a favore di una relativa indicazione del taglio cesareo in simili casi, e si sarebbe condotto analogamente al relatore.

CXXXIX. — Frari (30 settembre 1883). Padova – Clinica ostetrica. Bambino vivo — Madre morta.

Il taglio cesareo venne praticato col metodo Porro su donna rachitica con bacino ristretto in 3° grado. L'operazione fu sollecita e senza alcun accidente. La bambina viva bene sviluppata pesava 2700 grm. La donna morì in 7ª giornata di peritonite settica.

Inoltre la recente pubblicazione di Camillo Fürst (*Klinische Mittheilungen über Geburt und Wochenbett mit Rücksicht auf deren Behandlung*, Wien 1883) mi mette ora in grado di riportare integralmente le osservazioni 4ª e 5ª di Gustavo Braun, la 102ª e la 103ª della mia statistica, e lo faccio tanto più volontieri perchè essendosi praticato l'affondamento del peduncolo in entrambe, meritano di essere conosciute esattamente. L'esito, fu come già scrissi letale in tutte e due: e qui come errata-corrige aggiungo che là dove fu stampato uremia deve invece leggersi anemia acuta.

Il primo caso riguarda una Ipara, d'anni 31, affetta da cretinismo con bacino nano rachitico universalmente ristretto: opacamenti scrofolosi di ambo le cornee, cicatrici al collo ed anchilosi dell'articolazione del cubito destro. L'operazione venne praticata all'insorgere dei primi dolori e circondata dalle ordinarie cautele antisettiche. Dopo la estrazione di un bambino vivo del peso di grm. 2500, l'utero, all'altezza dell'orificio interno, fu tosto compresso con una grossa pinzetta a clamp e 3 ctm. più discosto la cervice venne abbracciata con un secondo klemmer eguale di forma ma più piccolo, indi il primo clamp situato al disopra venne levato ed il tessuto appena al disopra del secondo clamp rimasto in sede venne compresso e schiacciato con un terzo clamp ancora più piccolo e nelle parti così preparate si apposero 10 forti legature di seta e quindi, 3 ctm. al disopra delle legature, l'utero venne amputato col termo cauterio di Paquelin. E poichè levato il clamp che stava al disotto delle legature, non ne seguì alcuna emorragia, il peduncolo, dopo

zione di casi è prima necessaria per determinare la mortalità del metodo Porro. La cifra suesposta rappresenta l'esponente della mortalità dei *processi demolitori,* di fronte a quella dei *processi conservatori.* E qui una volta per sempre aggiungerò come sia mia proposito, nell'esame critico che verrò facendo dei diversi metodi operativi, di saltare di piè pari tutte le questioni sollevate in un campo nè clinico, nè chirurgico, nè scientifico. Prima

---

il suo raffreddamento venne affondato. Teletta del peritoneo breve. Sutura addominale e medicazione nella guisa ordinaria. La paziente che era divenuta inquieta un'ora dopo l'operazione, dormì in seguito ad una iniezione di morfina. Una lieve anemia manifestatasi 5 ore dopo si migliorò dopo l'amministrazione degli analettici per cui non era indicata la riapertura della ferita addominale. Quattro ore più tardi, dieci quindi dopo l'atto operativo, si manifestò un collasso così rapido, che l'intervento non era più possibile. L'autopsia dimostrò, che tutte le arterie di ciò che propriamente è moncone erano bene compresse dalle legature, talchè da esse non poteva uscire acqua iniettata per l'aorta. Mentre anche a destra gli annessi del legamento largo erano rimossi completamente e la loro linea di amputazione esattamente abbracciata dalle legature, a sinistra invece l'estremo dilatato ad ampolla della tuba esportata soltanto nella sua parte centrale era libera al di fuori delle legature (dopo l'affondamento del peduncolo era sfuggita poco a poco alla legatura) ed il lume della v. spermatica beante e circondata da una considerevole quantità di sangue.

Il 2° caso risguarda una Xpara, d'anni 40, con bacino osteomalacico (microcorde 5 e 5 $^1/_2$ ctm. diametro trasversale dell'egresso pelvico 5 ctm.), che entrò nella clinica ad acque già colate e ad orificio dilatato a 6 ctm. Dopochè acconsentì all'operazione cesarea, venne tosto praticata l'operazione circondandola colle ordinarie cautele antisettiche. Si ebbe un bambino vivo. In questo caso si applicarono 30 legature disposte a catenella ed inoltre una nuova serie di legature 2 a 2 $^1/_2$ ctm. alla periferia. La paziente già al 2° giorno mostrò meteorismo e morì al 4° giorno con fenomeni peritonici. Alla sezione si trovarono le anse del tenue lassamente unite da essudato fibrinoso.

Anche Heusner ha poi testè pubblicato lui pure i cenni dei suoi quattro casi (*Ueber eine Modifikation des Porro'schen Kaiserschnittes*, 20 oktober, 1883, *Centralblatt für Gynaeck*). Essi concordano coi dati fornitimi da Godson. Quanto alla proposta da lui avanzata la esaminerò più tardi a suo luogo.

Parish (osserv. 135ª), espose testè il suo caso nella seduta del 4 ottobre della Società Ostetrica di Filadelfia (*The American Journal of Obstetrics*, november 1883). Ho già riportato i dati principali, ed il lettore, tolga dall'osservazione lo svarione topografico di quel *prima* posto avanti alla gravidanza. Nella breve discussione che seguì in grembo alla Società, Harris osservò come sia questo di Parish il solo caso di operazione col metodo Porro complicato ad affezione renale. Invece parecchi esempi di simile complicanza avrà notato il lettore nelle osservazioni da me riferite.

però di passare all'esame delle modificazioni o consigliate, o sbozzate, o tentate, o già ampiamente introdotte nella pratica, diamo uno sguardo d'insieme alle nostre osservazioni.

E prima di tutto un' occhiata alla distribuzione cronologica delle osservazioni.

Caso di Storer 1868 — Morte.
Caso di Porro 1876 — Guarigione.

N. 7	casi nel	1877	con	1	donna salva	- Mortalità	85,71 %
» 18	»	1878	»	8	donne salve	»	55,55 %
» 14	»	1879	»	8	»	»	42,85 %
» 34	»	1880	»	12	»	»	64,70 %
» 22	»	1881	»	8	»	»	63,63 %
» 25	»	1882	»	11	»	»	56 %
» 18	»	1883 (1)	»	9	»	»	50 %
N. 138				N. 57			

Da questo quadro si desume come la curva rappresentante la mortalità discesa rapidamente nei due anni successivi al 1877 sia poi risalita bruscamente nel 1880 per poi diminuire costantemente senza avere ancora raggiunto il minimo di mortalità avuto nel 1879: l'esperienza futura dimostrerà se il periodo iniziale, quello delle oscillazioni sia cessato per dar posto ad un periodo rappresentato da un indice di mortalità costantemente decrescente, come si è verificato per molti grandi atti operativi, e fra questi per l'ovariotomia in Italia come venne dimostrato dalle pubblicazioni di Peruzzi. Siccome però di anno in anno ci sono pure notevoli oscillazioni nel numero di atti operativi, il che potrebbe importare inducendo delle perturbazioni nei risultati statistici, interesserà pure conoscere quale fu il risultato nella prima centuria dei casi. Ora mentre in questa la mortalità è rappresentata esattamente dal 60 %, nei 40 casi appartenenti alla seconda centuria, la mortalità sarebbe del 55 % il che dinoterebbe dunque una lieve ten-

(1) Non sono tutte quante comprese le osservazioni spettanti all'anno 1883 come risulta dal momento a cui si arrestano le osservazioni da me raccolte.

denza verso la diminuzione della mortalità, che per i primi 40 casi della prima centuria sarebbe del 57,50 %.

In riguardo alla divisione topografica dei casi abbiamo in

		Morte	Salve	Mortalità %
Europa	Italia	32	22	59,25
	Francia	7	5	58,53
	Belgio	2	2	50,00
	Olanda	—	1	
	Germania	16	7	69,56
	Austria-Ungheria	13	16	44,82
	Spagna	1	—	
	Svizzera	—	2	
	Inghilterra	5	1	83,33
	Svezia	—	1	
	Russia	1	—	
	Totale	N. 77	57	
America		4	1	80,00
Australia		1	—	
	Totale	N. 82	58	
		N. 140		

Gli operatori furono 93 e così si dividono:

N. 60 operatori con una sola operazione ed una mortalità complessiva del 66,66 %.

Perolio — Riedinger — Berruti — Salin — Peruzzi — Ramello e Brambilla — Richardson — Cataliotti — Halbertsma — Werth — Nicolini — Negri — Cenci — Dejace — Tansini — Godson — Novi — Kabierske-Martin — Martino = (N. 20). — Donna salva.

Storer — Inzani — Coggi — Peyretti — Valtorta — Chiarleoni — Cuzzi — Hubert — Taylor — Omboni — Pasquali — Zweifel — Agnew — Fiki — Rull — Parona — Kreuzman e Hauser — Simpson — Warren — Olivieri — Prochownik — Guichard — Calderini — Grigg — Ernst Braun — Dozzi — Grossmann — Carrara — Säxinger — Weber — Pritzl — Dohrn — Galabin — Barsotti — Smith — Bonora — Borsini — Parish — Boni — Frari = (N. 40). — Donna morta.

N. 11 operatori con due operazioni:

Hegar (morte 2) — Müller (salve 2) — Franzolini (1 morta ed 1 salva) — Wasseige (1 m. ed 1 s.) — Litzmann (2 m.) — Fochier (2 s.) — Mangiagalli (2 s.) — Veit (1 m. ed 1 s. — Oppenheimer (1 m. ed 1 s.) — Hergott (2 m.) — Morisani (2 m.) — ed una mortalità complessiva del 54,54 %.

N. 3 operatori con tre operazioni:

Spaeth (1 m. e 2 s.) — Tarnier (2 m. ed 1 s.) — Fehling (1 m. e 2 s.) — ed una mortalità complessiva del 44,44 %.

N. 4. operatori con quattro operazioni:

Breisky (4 s.) — Heusner (4 m.) — Tibone (4 m.) — Lucas-Championnière (2 m. e 2 s.) — ed una mortalità complessiva del 62,50 %.

N. 3 operatori con cinque operazioni:

Porro (1 m. e 4 s). — Previtali (4 m. ed 1 s.) — Chiara (2 m. e 3 s.) — ed una mortalità complessiva del 46,66 %.

N. 1 operatore con sei operazioni:

Gustavo Braun (4 m. e 2 s.) — ed una mortalità del 66,66 %.

N. 1 operatore con 12 operazioni:

Carlo Braun (5 m. e 7 s.) — ed una mortalità del 41,66 %.

Uno sguardo dato ai risultati ottenuti, secondo quest' ultimo raggruppamento dei casi, varrebbe a dimostrare una certa tendenza alla diminuzione costante della mortalità, mano mano che col numero delle operazioni si aumenta l' esperienza individuale dei singoli operatori che le hanno praticate, se non ci fosse qua e là l' influenza perturbatrice di intere serie di casi sfortunati: ad ogni modo la differenza fra la mortalità del 66,66 % che rappresenta l'indice della mortalità degli operatori ad una sola operazione, e quella del 41,66, avuta da Carlo Braun ne' suoi 12 casi potrebbe forse dinotare il grado di perfettibilità dell' atto operativo per l'aumento dell'esperienza degli operatori, e per l' introduzione di quei piccoli perfezionamenti progressivi che pure, collettivamente presi, valgono a migliorare la prognosi di un atto operativo. Ma che questa, nei casi favorevoli, sia suscettibile di

miglioramento maggiore che non quello fissato dalla statistica di C. Braun, lo dimostrano una delle cliniche ostetriche di Praga, e la clinica ostetrica di Milano, alle quali indubbiamente spetta il posto d'onore. Nella prima Breisky opera 4 volte ed ottiene 4 successi: nella seconda si succedono 4 operatori Chiara, Mangiagalli, Negri, Porro, e sopra 12 operazioni hanno 9 successi, una mortalità cioè rappresentata dal 25 %. E di questo fatto deve pure tener calcolo chi vuol giudicare spassionatamente delle questioni che si aggirano su tale argomento. Queste cifre assumono poi anche un valore specifico, quando si considera che detto indice di mortalità non risguarda i *processi demolitori* genericamente presi come ebbi a fare sinora, ma il metodo Porro o genuino o alquanto migliorato e modificato, ma non radicalmente e sostanzialmente mutato. Ma su ciò ritorneremo più tardi.

Facciamoci prima ad esaminare le modificazioni del tecnicismo operativo o proposte o già introdotte parzialmente ovvero già ampiamente sanzionate dalla pratica. Alcune di esse sono sostanziali, altre pur avendo la loro importanza e migliorando incontestabilmente la tecnica operativa non modificano profondamente il metodo seguito dal Porro.

La incisione delle pareti addominali venne fatta in tutti i casi sulla linea mediana, più o meno estesa secondochè l'utero fu sgusciato integro dalla breccia addominale ovvero inciso in sede, e più o meno discosto dal pube secondo i casi e secondo gli operatori non sempre però guidati per quest'ultimo riguardo da un criterio direttivo speciale. Il Lucas-Championnière insiste nel consiglio di mantenersi alquanto lontano dal pube coll' estremo inferiore, onde la medicazione antisettica acquisti maggior precisione e sia di più facile applicazione. Accanto a questo vantaggio fa d'uopo però notare alcuni e non lievi inconvenienti, che a mio avviso, sarebbero i seguenti: 1° si lascia nell' addome una maggior quantità di tessuto uterino e quindi una più ampia ferita puerperale con tutti i danni risultantine, specialmente nei casi in cui precedettero replicati maneggi operativi ovvero sono già incoati sintomi di setticemia; 2° corrispondentemente alla quantità maggiore di tessuto uterino si accrescono gli effetti della sua involuzione, indi una maggior profondità di imbuto alla caduta della parte necrotizzata del moncone e maggiori stiramenti sulle parti aderenti; 3° più si prolunga in alto l'incisione e più coll'evacuazione del contenuto uterino si rende facile il prolasso di anse intestinali tra il fondo uterino e l'angolo superiore della incisione.

Non dovrà però la incisione estendersi troppo all'inbasso onde non si abbia invece l'inconveniente di aprire la cavità preperitoneale di Retzius.

La dieresi uterina venne fatta in tutti i casi, eccetto uno, col tagliente. Il Chiara, che nel suo secondo caso, allo scopo di evitare l'emorragia all'atto della incisione, si era servito del termocauterio di Paquelin, fu il primo ad abbandonarlo. Si prolunga e si complica l' atto operativo, e non si riesce allo scopo: chè se l'utero fosse sgusciato sarebbe invece mezzo più pronto e sicuro per l' emostasi preventiva l' applicazione di un tubo di gomma stretto attorno alla cervice uterina.

La placenta fu trovata con notevole frequenza inserita sulla parete uterina. A diagnosticare tale fatto prima della incisione uterina Halbertsma praticò e consigliò una puntura esploratoria della parete uterina anteriore: se il trequarti incontra la placenta ne uscirà solo sangue, ed in caso contrario liquido amniotico ovvero si cadrà sul feto provocandone i movimenti attivi. Ammesso anche il valore della prova, che, a vero dire, mi si presenta di carattere alquanto oscuro, non so vedere quali ne sieno i vantaggi, ammenochè l' operatore fattosi convinto della inserzione della placenta sulla parete anteriore, non volesse per dato e fatto di ciò, ricorrere al processo di Müller. Invero, discostarsi di troppo dalla linea mediana per praticare il taglio verso le parti laterali, o altrove per non incontrare la placenta e per avere minore emorragia, non sarebbe partito sicuro, tanto più che resterebbero sempre a determinare anche i limiti dell' inserzione placentare, e poi, avvicinandosi di troppo ai margini uterini, si cadrebbe da Scilla in Cariddi, incidendo i grossi tronchi vascolari che per essi si diramano nel contesto del viscere gestante. Ascoltare mediante lo stetoscopio prima dell' apertura dell' utero allo scopo di determinare la sede d'impianto della placenta è poi inutile per quelle stesse ragioni per cui gli ostetrici odierni con grande accordo hanno messo da parte la denominazione di soffio placentare, adottando quella di soffio uterino.

Dai più si strinse il cono cervico-uterino *in toto* vuoi col filo metallico passato nel serranodi di Cintrat od in quello di Koeberlé, vuoi colla catena dell' ecraseur, vuoi con un clamp ovvero con un robusto filo di seta, con una corda da violino, con un tubo elastico. Alcuni invece, preoccupati dello scivolamento in basso dell'unica ansa metallica ovvero della catena, scivolamento che il

Porro aveva cercato di limitare facendo prendere all'ansa punto d'appoggio sopra un ovaio, ed allo scopo di ottenere una più sicura emostasi ed una più rapida caduta del moncone, lo trafissero dall'avanti all'indietro segmentandolo in due parti adoperando il filo di ferro, ovvero la seta, ovvero il tubo di gomma, adoperando per trafiggere il moncone o un trequarti la cui cannula serviva poi da conduttrice dei fili, oppure l'ago di Kaltembach, oppure due fili metallici fusi assieme ed appuntati ad una delle loro estremità.

In quasi tutti i casi gli operatori avvertirono l'opportunità di *fissare* il moncone all'angolo inferiore della ferita addominale, vuoi attraversandolo o con due aghi incrociati o con un ago, di diversa forma e qualità (il Berruti fece costrurre un ago invaginato-alato); e l'ago poi qualche volta lo si applicò al disopra, qualche volta al disotto dell'ansa costrittrice, mentre tal fiata si credette utile di applicare due anse costrittrici, facendo passare un ago fra le due anse ed un altro al disopra dell'ansa superiore. Alcune volte infine si attraversò collo stesso ago e moncone e pareti addominali facendo poi con un robusto cordoncino dei giri a cifra otto anche collo scopo di ottenere un più perfetto combaciamento delle due sierose parietale e viscerale e quindi un più pronto coalito. Questo più perfetto combaciamento delle due sierose lo si ottenne pure mediante punti di sutura fra le due sierose. Ed il fissare il moncone con uno dei mezzi indicati è ormai cosa sanzionata dalla pratica: invero il pericolo del rientramento del peduncolo è tutt'altro che illusorio. Esso può avvenire in modo brusco, sotto la scossa del vomito e della tosse, ovvero, quando il serranodi lasciato in sede è fissato alla coscia la paziente stessa co' suoi movimenti inconsulti può ricacciarlo nell'addome come avvenne nel primo caso di Chiara. Ma se questa possibilità la si toglie in modo assoluto fissando efficacemente il moncone all'angolo inferiore della ferita, un'altra sorgente di pericolo noi possiamo averla, in modo secondario, nel retraimento del moncone dopo la caduta della parte strozzata. Parrebbe che in conseguenza di tale retrazione potessero qua e là smagliarsi le fatte aderenze che limitano l'infundibolo susseguente alla caduta del moncone e dare luogo ad una peritonite secondaria per passaggio del secreto nel cavo addominale. In tal modo almeno qualche operatore vorrebbe interpretare la genesi della peritonite tardivamente insorta. Nel primo dei miei casi ebbi occasione di

determinare in modo approssimativo tale potenza di retrazione: io mi era servito per trafiggere ed assicurare il peduncolo di un'asta tubulata di pakfong, e questa, caduto il moncone, presentava una notevole incurvatura a riprodurre la quale fu necessario il peso di due chilogrammi.

Tutti gli operatori si preoccuparono altresì di ottenere una mummificazione del moncone ovvero d'impedire la decomposizione putrida della parte di tessuto tolta alla vita dal laccio costrittore. Vennero impiegati a tale scopo il percloruro di ferro, il termocauterio di Paquelin, il cloruro di zinco, l'acido benzoico, l'acido salicilico, sacchetti di sostanze bituminose, il iodoformio.

Ai più, ed io mi metto fra costoro, parve che, assicurata l'emostasi, fosse inutile non solo ma anche dannoso il mantenere in sede il costrittore o lo schiacciatore quando lo strumento fosse costrutto in modo da poterlo levare senzachè la costrizione ne soffrisse. In vero il costrittore in sede non permette un'applicazione esatta inappuntabile della medicazione antisettica sul moncone uterino ed i danni che ne derivano sono tali certamente da non essere menomamente compensati dal vantaggio di accelerare la caduta del moncone mediante nuovi giri di vite o nuovi passi di catena, dato e non concesso che questo fosse un vantaggio, poichè anche secondo la mia convinzione si risolve anzi in un nuovo danno poichè i movimenti impressi allo strumento disturbano la formazione di aderenze e possono lacerare quelle già avvenute all'ingiro del moncone.

Da molti si omise ogni forma di drenaggio, mentre da alcuni, specialmente nel periodo iniziale, si applicò il drenaggio addomino-vaginale, che adoperato dal Porro nel suo primo caso venne poi abbandonato dallo stesso successivamente, e da altri il drenaggio addominale: studiando attentamente i casi non mi parve che esso potesse entrare come fattore spiccato nè di mortalità nè di salvezza. Che non sia fattore essenziale di salvezza lo dimostra se non altro il fatto che nell'Ospizio di S. Catterina sotto la direzione del Prof. Chiara si ebbero sei guarigioni consecutive omettendo il drenaggio. La questione del drenaggio mi pare doversi risolvere piuttosto nel senso di abbandonarlo. Il drenaggio addominale mi sembra una cosa superflua in un atto operativo così pronto, nel quale possono evitarsi in modo quasi assoluto maneggi prolungati endoperitoneali e versamenti di liquidi nella sierosa: il drenaggio addomino-vaginale mi sembra una cosa dan-

nosa perchè pone in comunicazione il peritoneo colla vagina e coi secreti che provengono da essa e dalla porzione cervicale dell'utero e coll'atmosfera che specialmente nelle maternità non è certo purissima costituendo una flagrante violazione dei principii su cui è basata l'antisepsi. Anzichè poi trovare una speciale indicazione, come alcuni vorrebbero, dovrebbe a mio avviso essere evitato assolutamente quando per soverchio prolungarsi del travaglio o per antecedenti manovre operatorie rivolte a liberare la donna fossero già presenti nel canale vulvo-vagino-cervicale dei focolai flogistici, necrotici, settici. In alcuni casi allo scoppiare dei fenomeni di peritonite settica si aprì nuovamente il cavo addominale, allo scopo di dare esito ai prodotti in esso versativi, di praticare irrigazioni disinfettanti, di applicare il drenaggio secondario; e nel caso di Riedinger (Osserv. 19ª), la guarigione pare dovuta a tale misura che riuscì infruttuosa negli altri.

Quanto alla scelta del momento in cui si debba operare, nei casi in cui la scelta sia permessa, è ormai assodato come convenga praticare l'atto operativo prima ancora che il travaglio sia avviato ed il Chiara fu il primo ad insistervi in modo speciale. Ne sono vantaggi inestimabili il poter operare a tempo fisso avendo così campo a fare tutti i preparativi in rapporto all'antisepsi ed alla assistenza e l'avere una *cervice ben definita*. A chi ricorda le modificazioni che il collo uterino subisce nel corso del travaglio, parrà questa senza alcun dubbio una condizione anatomica di grande importanza per il tecnicismo operativo, specialmente nei casi in cui sgusciato l'utero integro, si voglia fare l'emostasia preventiva. Ma anche incidendo l'utero in sede dobbiamo pure ricordare come per un soverchio prolungarsi del travaglio la testa possa essere così digerita, per servirmi della espressione stessa di C. Braun, nella cavità cervicale da trovare difficoltà ad estrarnerla. Alexander Simpson (l. c.) fissò poi anche la propria attenzione sul fatto della mutazione dei rapporti della vescica che si eleva nel cavo addominale nel corso del travaglio specialmente se prolungato e ne trasse nuova prova in favore della opportunità di operare fuori travaglio.

Volendo mantenersi fedele ai punti cardinali su cui si basa il metodo operativo di Porro è innegabile dunque che l'operatore debba trarre partito delle evidenti migliorie introdotte nel tecnicismo, poichè esse sono anche fattori essenziali di una prognosi migliorata. A mio avviso sono queste le norme principali che la

esperienza ed il ragionamento dimostrano le migliori a seguirsi. Operare possibilmente prima dell'inizio del travaglio; fissare il moncone all'angolo inferiore della ferita trafiggendolo con un'asta disposta trasversalmente e provocando l'esatto combaciamento della sierosa parietale e viscerale: omettere il drenaggio addomino-vaginale: ostare alla decomposizione putrida del moncone. Quanto al modo di stringere il moncone devo aggiungere come il segmentare in due il moncone uterino ed il farne la costrizione elastica come praticò il Prof. Tibone (Osserv. 70ª), presenti a mio avviso gli indiscutibili vantaggi di impedire il laminamento del peritoneo viscerale, di rendere impossibile la recisione del tessuto uterino e di accomodarsi alla diminuzione progressiva del moncone per il fatto della sua involuzione. Servendosi del serranodi o dello schiacciatore sarà bene fare la scelta di uno strumento che permetta di allontanarlo quando la costrizione sia compiuta. Il serranodi di Cintrat è uno dei migliori strumenti: poco costoso, leggiero, permette di attorcigliare il filo dopo la costrizione rendendola così sicura in modo facile e spiccio e rendendo possibile l'allontanamento dello strumento. In qualche caso avvenne il fatto singolare che si esaurisse il passo di vite prima che incominciasse la costrizione, ma basta avvertirne la possibilità perchè sia evitato un inconveniente, che potrebbe essere grave ove vi fosse emorragia. Così pure con un po' di attenzione non si incorrerà nel triste accidente capitato ad Ernst Braun (Osserv. 96ª), di comprendere nel cingolo strozzante un'ansa intestinale.

Esaminiamo ora in modo speciale la modificazione introdotta da Müller e che da lui prese il nome. Essa consiste di due parti distinte: sgusciare l'utero integro dalla ferita addominale, fare la costrizione della zona cervicale prima di aprirlo onde evitare ogni emorragia. Già il Rein, a vero dire, aveva proposto di praticare la emostasi profilattica ma lasciando l'utero in sede il che se da una parte aumentava notevolmente le difficoltà della manovra non presentava il grande vantaggio d'impedire il versamento di liquidi nel cavo peritoneale. Si rimprovera a tale processo di rendere necessaria una più estesa incisione, di facilitare in tal modo la fuoruscita delle anse intestinali, aumentando così i pericoli della peritonite: per riguardo al feto di esporlo all'asfissia per la interruzione della respirazione placentare. Gli accennati inconvenienti possono esistere ma non sono tali che non possano essere evitati o almeno che non se ne possa scemare la gravità, per

cui di fronte agli inestimabili vantaggi che tale processo presenta non esiterei a dargli la preferenza in una nuova prova. In alcuni casi non riuscì, è vero all' operatore di sgusciare l' utero integro dalla cavità addominale ma ciò non può spiegarsi che colla ripugnanza ad estendere sufficientemente la incisione: se poi le mani di un assistente non abbandonano le pareti addominali e le comprimono contro il viscere in modo da favorirne ed agevolarne lo sgusciamento, mentre questo si effettua, porteranno le pareti addominali a mutuo contatto impedendo in tal modo la fuoruscita delle anse intestinali. E questo risultato lo si assicura dopo seguendo la proposta e la pratica di Veit di riunire tosto la parte superiore della ferita addominale in modo permanente o provvisorio mediante fili fatti passare in antecedenza prima dello sgusciamento dell'utero, togliendo così anche il pericolo del raffreddamento del peritoneo, e non permettendo che anse intestinali ed omento vengano a prolungato contatto colle mani dell' assistente, o con corpi estranei, o coll' aria atmosferica. Non ci rimane quindi che l' inconveniente non grave di una incisione più lunga di qualche centimetro, ma esso è altamente compensato dal vantaggio d' impedire in modo pressochè assoluto il versamento di liquidi nel cavo peritoneale, quando si abbia l'avvertenza di disporre attorno all' utero delle pezze di flanella e delle spugne. Tale vantaggio è così capitale per il buon esito dell'atto operativo nei casi di decomposizione del contenuto uterino, di timpanite uterina, di morte e successiva putrefazione del feto, che a tale processo dovrebbero ricorrere come a suprema speranza di salvezza anche coloro che ne rifuggono nei casi ordinarii. Una sola controindicazione vedrebbe il Müller a questo primo tempo del suo processo nella deformità notevole dello scheletro per una cifosi lombo-sacrale in forza della quale il margine toracico inferiore è fortemente avvicinato alla pelvi. Ma l'autore è così convinto che una buona parte di casi infelici nell'operazione cesarea col metodo Porro sia dovuta al versamento del contenuto liquido uterino nel cavo peritoneale, che in tali casi volontieri muterebbe la direzione del taglio praticando una incisione obliqua ovvero dilatando lateralmente la incisione verticale onde procurarsi uno spazio sufficiente per lo sgusciamento dell' utero.

Se le obbiezioni alla prima parte del processo Müller muovono da considerazioni che riguardano la madre, le obbiezioni alla seconda parte, riconosciuti i vantaggi della emostasia profilattica,

muovono specialmente da considerazioni che riguardano il feto e precipuamente la sua temuta asfissia per la interruzione del circolo utero-placentare, ma l'esperienza ormai sufficientemente vasta non ha dato ragioni a tali timori che in modo prioristico potevano del resto essere giustificati. Ma come comportarsi nei casi di procidenza del funicolo o di un arto, nei quali facendo la costrizione preventiva li si rinserrerebbero nella cavità cervicale? In questi casi una costrizione permanente è controindicata e neppure si potrebbero consigliare i tentativi di riduzione delle parti procidenti che non sempre sono del tutto innocui per il feto quando si tratti del funicolo, e che, data una ristrettezza pelvica grave, neppure riuscirebbero per ragioni ovvie meccaniche. In tali casi si potrebbe esercitare la compressione del cono cervico-uterino colle mani di un assistente ovvero col tubo elastico in modo che appena inciso l'utero, sia rapidissimo il passaggio dalla compressione al rallentamento di essa e da questo ad una nuova compressione, appena estratto dalla cavità cervicale il funicolo o l'arto procidente: ovvero potrebbe l'operatore soltanto limitarsi a dare le opportune disposizioni perchè, collocate in sede le mani di un assistente, ovvero girato attorno il cordone elastico non si passasse alla costrizione, e questa sarebbe possibile in modo pressochè istantaneo, che quando l'emorragia concomitante l'incisione fosse abbondante. Che le mani possano essere un agente efficace ed opportuno di costrizione lo dimostrano un caso di Carlo Braun ed i due casi di Oppenheimer. Le mani costituiscono anzi uno dei mezzi migliori se non il migliore addirittura, quando, come nei casi di Carlo Braun, Negri ed altri, la testa fosse per così dire digerita nella cavità cervicale. In questi casi l'applicazione di un'ansa metallica sarebbe pericolosa ed inutile: pericolosa perchè si andrebbe a rischio di recidere il tessuto uterino già assottigliato, per la resistenza offerta dal piano sottoposto: inutile perchè avendosi la emostasia in questo caso non solo per la pressione dell'ansa ma anche per la contropressione della testa, tolta questa riuscirebbe frustranea l'azione dell'ansa. Le mani invece strumento intelligentissimo di compressione, eserciterebbero e varierebbero questa secondo i diversi limiti della sua efficacia. Nei casi ordinarii, quando si abbia cioè una cervice abbastanza definita, il tubo elastico deve meritare assolutamente la preferenza. Müller nel suo primo caso si servì del filo metallico e del costrittore di Maissonneuve, altri del serranodo di Cintrat ovvero

dello schiacciatore. Gli inconvenienti dovuti alla rigidità del filo metallico e della catena devono fare rinunciare a tali mezzi per la costrizione profilattica. Il modo di applicare il tubo elastico è semplicissimo. Assicuratisi di non aver compreso nell'ansa nè la vescica nè qualche ansa intestinale, allungato sufficientemente il tubo, s'incrociano i due capi al davanti e si fissano con una robusta pinzetta emostatica. Se, evacuato l'utero, si volesse adottare tale mezzo come legatura permanente e la costrizione già esercitata non la si ritenesse sufficiente non c'è che da allungare nuovamente il tubo senza togliere la pinzetta, applicando poi sui due capi elastici una legatura mediante robusto filo di seta fra la pinzetta e la parete uterina.

Ma la esperienza clinica corrispose all'aspettativa che il ragionamento giustifica riguardo al processo Müller? Una cifra *esatta* che rappresenti la mortalità di questo processo è difficile a darsi per la ragione che molti si limitarono alla prima parte del processo Müller, lo sgusciamento dell'utero integro, omettendo l'applicazione della costrizione profilattica che pure ne forma parte integrante. I casi poi in cui, adottando il processo Müller, si è poscia affondato il peduncolo, non devono essere evidentemente contati perchè il trattamento endoperitoneale del peduncolo è già per sè cosa da influenzare enormemente il pronostico. Se dunque noi ci facciamo a raccogliere soltanto i casi in cui venne adottato il processo Müller integralmente, salvo la diversità del mezzo costrittore, allora sopra 26 casi noi abbiamo 12 morti, vale a dire una mortalità del 46,15 %: chè se ad essi vogliamo aggiungere il caso di Tarnier (Osserv. 26ª) nel quale sgusciato l'utero integro, si applicarono due legature, una per ciascun lato sui legamenti larghi, avendo esso avuto esito letale, la mortalità salirebbe al 48,22 %: e volendo infine anche considerare come appartenenti al processo Müller anche quei casi in cui è soltanto accennato al fatto dello sgusciamento, oppure lasciano fondato sospetto che solo questo si sia effettuato, allora la mortalità ascende ancora sino al 51,42 % poichè sopra 35 casi si avrebbero 18 morti, risultato tanto più notevole inquantochè verrebbero ad ingrossare la falange alcuni casi veramente disperati. Ma supponendo pure che la sorte abbia distribuito con equa bilancia i casi gravi in ciascuna categoria, e non facendo selezione di sorta, il processo Müller non ne sortirebbe colla peggio. Difatti se a questi 35 casi (18 donne morte, 17 salve) aggiungiamo i 15 casi in cui si

praticò l'affondamento del peduncolo con 11 donne morte e 4 salve, si verrebbero ad avere per il metodo Porro genuino o lievemente modificato 90 casi con 53 donne morte e 37 salve, vale a dire una mortalità del 58,88 %. Quello che certamente ne risulta si è che l'introduzione del processo Müller non ha punto nociuto ai risultati del metodo Porro, per cui d'ora innanzi queste due serie di casi saranno accomunate, ogniqualvolta io parlerò dei risultati ottenuti col taglio cesareo seguito dall'amputazione utero-ovarica, esclusione fatta quindi dei casi in cui il peduncolo venne affondato che meritano di essere considerati a parte. Tale mortalità complessiva sarebbe perciò del 56,80 %. Che di tale mortalità tuttora rilevante sia stata causa precipua la peritonite settica, niuna meraviglia; farà invece più stupore il vedere come in sei casi l'emorragia, uno dei fattori di mortalità che il metodo operativo pareva destinato specialmente a combattere, sia stata invece causa unica o precipua di morte (Osserv. 17ª, 34ª, 41ª, 46ª, 50ª, 73ª). In tale fatto e nelle sue cause quale ci sono designate da qualche osservazione, il lettore può vedere un altro e validissimo argomento a favore del processo Müller, nonchè della segmentazione del peduncolo mediante il tubo elastico. Fra le altre cause di mortalità meritano nota speciale, il pizzicamento di un'ansa intestinale nell'ansa costrittrice (Osserv. 96ª), la stenosi intestinale in causa di briglie cicatriziali (Osserv. 95ª e 98ª), la presenza di fiocchetti di spugna nel cavo peritoneale (Osservazione 89ª), la formazione di fistole intestinali per necrosi dell'intestino contro i fili metallici della cucitura addominale (Osservazione 24ª), il rientramento brusco del moncone nel cavo addominale (Osserv. 8ª), infine il tetano (Osserv. 29ª, 58ª, 75ª), e l'alto procento di questo ultimo fattore di mortalità, potrebbe forse condurre alla convinzione che il metodo operativo stesso, necessitando lo strozzamento di molteplici ed importanti filamenti nervosi, possa predisporre a questo formidabile accidente, e anche per questo riguardo la costrizione elastica dovrebbe avere la preferenza su quella esercitata col filo metallico o colla catena dello schiacciatore; quella sarebbe dolce e nello stesso tempo efficace e scompagnata da ogni lesione, questa invece per il laminamento del tessuto uterino osservato nella gran maggioranza dei casi aggiungerebbe una lesione analoga per la sua natura alle ferite così dette da strappo, che come è ben conosciuto, pare dieno una predisposizione affatto speciale per il tetano: alla stessa

causa potrebbe riferirsi quell'atassia nervo-cardiaca che nell'interessante caso di Guichard (Osserv. 86ª), parve essere la causa della morte.

Ed ora volgiamo lo sguardo alle 15 osservazioni, in cui essendosi affondato il peduncolo, parvemi questa modificazione così radicale, da mutare per sè ogni criterio di prognosi e da richiedere trattazione separata. Il seguente specchio ci presenta riuniti gli operatori e gli esiti:

Osserv.	15ª	Litzmann . . .	Morte per peritonite
»	51ª	Veit.	» setticemia
»	52ª	Taylor.	« embolia dell'a. polmonare
»	53ª	Heusner	» peritonite
»	54ª	Heusner	» anemia e carbolismo
»	57ª	Salin	Donna salva
»	63ª	Zweifel	Morte per peritonite
»	65ª	Veit	Donna salva
»	80ª	Simpson	Morte per peritonite
»	81ª	Warren	» »
»	101ª	Gustavo Braun.	» emorragia
»	102ª	Gustavo Braun.	» peritonite
»	113ª	Carlo Braun . .	» »
»	122ª	Kabierske . . .	Donna salva
»	138ª	Martin	» »

Quale sia stato il metodo seguito il lettore può vederlo consultando le singole osservazioni: egli è certo che non in tutte si procedette con tutti quegli accorgimenti dell' arte che sarebbero necessarii in tale atto operativo così delicato. Delicato ma non circondato da gravi difficoltà e sopratutto non presentante controindicazioni specifiche, inerenti cioè alla natura stessa del moncone, come lo dimostrano abbastanza i casi di Veit, di Taylor, di Kabierske, di Martin, poichè, se il primo di Veit e quello di Taylor ebbero esito fatale, questo non fu dovuto al metodo operativo in sè e per sè. La statistica ci addita ad ogni modo in tutta la sua crudità il risultato sconfortante segnato dalla mortalità del 73,33 %. Vero è che togliendo il caso di Warren (Osservazione 81ª), nel quale si operò per errore, ed in fatto si fece una esportazione *totale*, essa discende al 71,42 %, cifra ad ogni modo ancora molto elevata. Dovremo perciò concludere che quella è

una via sbagliata, che circostanze speciali, forse non tutte quante afferrate, rendono estremamente pericoloso l'affondamento, che questo quindi deve essere bandito dalla pratica del taglio cesareo? Questa conclusione sarebbe affatto arrischiata ed intempestiva; i casi sono ancora troppo scarsi, ed i processi seguiti sono troppo tra loro diversi per potere osare di trarne un corollario qualsiasi. Non uscendo dal nostro campo non ci sarebbe che da ricordare che col metodo Porro nel 1877 si ebbe una mortalità del 85,75 %. Io non sono alieno dal credere invece che forse tale strada sarà più battuta in avvenire, e che il trattamento endoperitoneale finirà probabilmente coll' uscirne trionfante. È storia si può dire dell'oggi: nell'ovariotomia dopo un lungo dibattito e dopo una serie di prove e riprove il trattamento extraperitoneale venne messo quasi generalmente al bando e nella miomotomia e nell'amputazione sopra-vaginale dell'utero, nei quali atti operativi, i più e specialmente Péan ed Hegar davano la preferenza al metodo extraperitoneale, questo pure va oggidì perdendo terreno per gli splendidi risultati avuti da Schroeder, Martin, Olshausen col trattamento endoperitoneale. Senonchè si dubita che nel moncone di un utero puerperale siano insite condizioni tali da non permettere confronti di sorta. Ed invero da una parte maggiore vascolarità e maggiore difficoltà nell'assicurare una perfetta emostasi: dall'altra la metamorfosi regressiva dell'utero puerperale e de' suoi annessi, che non può paragonarsi a quanto avviene nel moncone d' amputazione dopo la estirpazione di tumori fibrosi. Aggiungerò infine la possibilità maggiore che per la vagina e la cavità cervicale si facciano strada germi infeziosi nella cavità peritoneale. Ma noi abbiamo pure visto come ed il ragionamento e la esperienza rimproverino serii inconvenienti al trattamento extraperitoneale, come la emorragia non sia stata sempre evitata, come gravi accidenti nervosi si sieno sviluppati in seguito alla costrizione, come sia possibile una infezione secondaria per la via del moncone, come il trattamento consecutivo ne sia reso lungo e tedioso. Parve ad alcuni che gli inconvenienti proprii dell' uno e dell' altro si potessero togliere di mezzo mediante l' arrovesciamento del moncone e si proposero processi speciali, fra cui meritano menzione quello di Bompiani, di Chalot, di Heusner.

Già alla mente del Porro (l. c.) si era presentata la questione se convenisse amputare l'utero dal canale vaginale previo artificiale arrovesciamento, e respingendo questo partito ne dava le

seguenti ragioni: « Amputando l'utero artificialmente arrovesciato « il moncone uterino lo si doveva abbandonare nel canale vagi- « nale, dove meno facilmente sarebbe stato sorvegliabile e medi- « cabile, ed in cui più facile poteva succedere un assorbimento « delle parti destinate allo sfacelo. Per di più il cul di sacco pe- « ritoneale durante e dopo la cicatrizzazione, presentando una « specie d'imbuto, poteva fare predisposizione ad un'ernia pelvica « ed al cistocele. Difficile poi sarebbe stato il canalizzare perfet- « tamente il cul di sacco peritoneale col drenaggio, che avevo « divisato di applicare in quanto che nel caso di arrovesciamento, « il punto più declive, imbutiforme, sarebbe stato rappresentato « dall'orificio interno, guardante la cavità ventrale. Non essendo « conveniente l'applicare in tal punto il drenaggio per non com- « plicare il processo di cicatrizzazione, si sarebbe lasciato un ri- « cettacolo alla marcia ed ai liquidi in modo da non essere tran- « quilli per la incompleta uscita dei materiali infettivi ».

Il Dott. Sacchi (l. c.) il quale nota che coll'arrovesciamento dell'utero si avrebbero i vantaggi del moncone abbandonato nell'addome senza averne gli inconvenienti, non si nasconde poi come tale manualità, prima della amputazione del viscere debba essere difficile e pericolosa stante l'eventuale emorragia concomitante.

Il Bompiani (l. c.) ovvierebbe a tale inconveniente eludendo la obbiezione mediante un processo col quale si rovescierebbe il collo dopo che l'utero è stato amputato e l'emostasi assicurata. Esso è abbastanza complicato e richiede strumenti speciali, la cui costruzione è intesa allo scopo di far passare per il centro del peduncolo cervicale dell'utero quattro lacci, nella stessa guisa che Manec suggerì di legare alla base i tumori sotto-cutanei in quattro segmenti.

Il processo di Chalot (1) invece è basato sulla legatura elastica bilaterale e sulla inversione con doppia sutura del moncone. L'autore crede che il processo da lui ideato corrisponda alle seguenti condizioni: di permettere l'emostasi in modo facile e completo; di impedire la penetrazione dei lochi nella cavità peritoneale evitando la gangrena del moncone ed assicurando la sua

(1) V. Chalot. *Du pédicule dans l'opération de Porro. — Traitement intrapéritoneal par la ligature élastique et l'inversion du moignon.* (*Annales de gynécologie,* août 1883).

riunione primitiva; di essere di esecuzione spiccia e facile cogli ordinarii strumenti. Ne giudichi il lettore. Aperto l'utero verso il fondo con un bistouri puntuto, ed introdotta per questa apertura la branca ottusa di un forte paio di forbici la parete uterina anteriore viene divisa longitudinalmente e sulla linea mediana per il tratto di 14 ctm.; perpendicolarmente all'estremo inferiore di questa se ne pratica un'altra a bietta di 5 ctm. ed in tal modo le due incisioni formano un T rovesciato. È curioso come l'autore solo dopo estratto il feto, si decida a praticare la emostasi profilattica mediante il tubo elastico stretto al disotto della incisione trasversale. Ciò fatto si escide ad imbuto l'utero, i legamenti rotondi ed i legamenti larghi immediatamente al disotto delle ovaie con un piccolo coltello d'amputazione prolungando sui lati ed all'indietro la sezione trasversale già esistente. Procede quindi alla legatura biangolare, mediante la quale si avrebbe il vantaggio di avere un moncone che continua a vivere, mettendo così in disparte i pericoli che accompagnano la eliminazione delle parti mortificate. Ed ecco come la si dovrebbe eseguire: « un cordone di caoutchouc, largo 3 mm. e lungo 40 ctm. » disinfettato, mediante un robusto ago da imballatore o un ago » di Péan fisso in manico, è passato dalla cavità uterina verso la » faccia peritoneale posteriore, a traverso la parete posteriore » dell'utero, 1 ctm. all'interno dell'angolo sinistro del moncone » uterino ed 1 ctm. al disotto della superficie di sezione. Lo si » conduce quindi a semicerchio attorno all'angolo del moncone » in modo da abbracciare le tre arterie uterina, ovarica, funico- » lare; si impianta poscia l'ago attraverso la parete anteriore » dell'utero in un punto corrispondente a quello della prima tra- » sfissione, ma in senso inverso, cioè dalla faccia peritoneale an- » teriore verso la cavità uterina, e così i due capi del cordone » vengono ad essere liberi dalla parte di questa cavità. » Stirati quindi i due capi e fatta una conveniente estensione e controestensione ed assicurati i due estremi del tubo mediante un robusto filo a ridosso dell'angolo, l'emostasia definitiva sarà assicurata dal lato sinistro dalla tensione permanente dell'ansa elastica. La stessa manovra la si ripete per l'angolo destro. La vita del moncone sarebbe assicurata dalle branche collaterali. Levato il tubo che comprimeva la cervice uterina si completa l'emostasi, se havvi perdita sanguigna, o mediante la forcipressura o mediante legature perdute. Ciò fatto, si riuniscono in un fascio i capi ela-

stici di ciascun lato applicando una legatura alla loro estremità, lo si porta per il canale cervico-vaginale sino alla vulva, e facendo traimenti su di esso si introflette nella cavità cervicale la circonferenza libera del moncone per un'altezza di 2 ½-3 ctm. e mentre con suture profonde si mantiene l'introflessione con punti di sutura superficiale intermedii si cerca di rendere perfetto il combaciamento delle due pagine di sierosa introflesse.

Il processo proposto da Heusner (l. c.) presenta molta analogia col processo antecedente. Praticata l'emostasi profilattica mediante il tubo elastico, disinfettata energicamente mediante raschiamento e cauterizzazione col cloruro di zinco la mucosa del tratto di cavità uterina soprastante al laccio provvisorio si procede nel seguente modo alla emostasi definitiva. Un ctm. al disotto della superficie di sezione del moncone, si passa attraverso la parete uterina un robusto filo di seta, dalla superficie peritoneale verso la superficie interna del moncone, indi collo stesso ago e collo stesso filo si trafigge nuovamente la parete uterina ad un centimetro di distanza dalla prima trasfissione ma in senso inverso dall' interno cioè verso lo esterno del moncone, talchè stringendo ed annodando i due capi si avrebbe l'emostasi del tratto uterino compreso nell'ansa: così si procede tutto all'ingiro coil'avvertenza che i fili a destra ed a sinistra del moncone abbraccino i legamenti larghi, e per maggior sicurezza si possono in questo punto gettare altre legature sui legamenti. Si leva quindi il tubo elastico e passati i fili in vagina si rovescia il moncone modicamente, avendo di mira che la vescica non s' insinui nell'imbuto d'inversione e l'apertura ovale risultante da questa la si chiude con punti di sutura mediante catgut (1).

Altri vedano in questi processi la facilità e la sicurezza: io non so vederci che la ingegnosità loro ed in genere diffido dei processi operativi che si presentano soltanto con disegni seducenti senza essere passati per la rude prova della esperienza clinica, e mi lascierebbe ad ogni modo peritante il dubbio che all'atto dell'arrovesciamento qualche filo si rompesse o lacerasse il tessuto e desse così origine ad emorragia che ci porrebbe in

---

(1) Già Frank aveva proposto ed esperito sugli animali un processo analogo. Il Wasseige (l. c.), aveva invece proposto, una volta completata l' amputazione utero-ovarica, di aprire la volta vaginale posteriore, spingendovi ed assicurandovi il moncone.

grave imbarazzo. Ma io mi dimando: quando si voglia affondare il peduncolo è proprio necessario ovvero soltanto opportuno ricorrere ad uno di questi ultimi processi o a qualche altro consimile che possa essere inventato o reinventato? Nessuno dei processi sinora sperimentati su scala più o meno vasta offre sufficienti garanzie dal punto di vista del tecnicismo, ovvero le garanzie offerte sono minori di quello che non sieno quelle presentate dai processi ultimamente descritti? E di più sono questi veramente di più facile esecuzione? Volendo affondare il moncone uterino dopo l'amputazione cesarea utero-ovarica, noi dobbiamo assicurare la emostasi, ovviare ai pericoli che possono derivare dalla necrosi di una quantità troppo notevole di tessuto uterino, impedire che la infezione possa farsi strada dalla cavità cervicale al peritoneo. Fare una legatura in massa del moncone sarebbe il metodo meno scientifico; esso non ci fa sicuri contro un'emorragia secondaria se la involuzione uterina è alquanto rapida, ed adoperando la legatura elastica si lasciano intatte ad ogni modo le obbiezioni che si sollevano contro di essa perchè non soddisfa alle altre due condizioni accennate. I casi felici di Veit e di Kabierske ci additano la via a tenersi, perchè ci indicano come il processo seguito dallo Schroeder nella miomotomia e nella amputazione sopra-vaginale dell'utero ci dia le chieste e desiderate garanzie anche riguardo all'utero puerperale. Lo Schroeder procede nel seguente modo: dapprima lega isolatamente gli annessi uterini di ciascun lato e perciò non è assolutamente necessario praticare delle legature in massa; se il campo operativo è bene illuminato si possono discernere le arterie spermatiche nel legamento infundibolo-pelvicum e legarle isolatamente e così pure i rami dell'arteria uterina. Ciò fatto appone il tubo elastico, che ora preferisce pieno, attorno alla parte inferiore dell'utero, e praticata quindi l'escisione in modo cuneiforme, affronta le due superfici di sezione con sutura a diversi piani, profonda e superficiale colla quale ultima si unisce il peritoneo; che se per caso nella superficie di sezione ci fossero vasi importanti si legano separatamente. Sopra 14 casi in tal modo operati e comunicati nel febbraio 1882 si ebbe 13 volte la guarigione (1).

Applichiamo le stesse norme nell' affondamento del moncone

---

(1) Löhlein. *Bericht üb. d. Verhandl. d. Gesellsch f. Geburts. u. Gyn. zu Berlin* (*Zeischrift. f. Geb. u. Gyn*, IX Bd. IH).

dell'utero puerperale, aggiungiamo in determinati casi la disinfezione della mucosa cervicale, addossiamo sierosa contro sierosa dopo averla disseccata e noi ci troveremo in condizioni affatto favorevoli, avremo l'emostasi assicurata, avremo un moncone dotato di una vitalità sufficiente, avremo protetta la cavità peritoneale contro l'infezione per parte della secrezione uterina. Ma forse che tale processo è più difficile, più lungo, meno sicuro di quelli propostici da Bompiani, da Chalot, da Heusner? Lo Chalot dice che la legatura isolata delle arterie non è un'operazione regolata come lo spirito della chirurgia lo esige. Io opino invece perfettamente il contrario, ne credo difficile l'impresa data una esatta conoscenza anatomica. Salvo infine le maggiori difficoltà provenienti dalla topografia del campo operativo, noi procediamo come procede il chirurgo nell'amputazione di un arto: emostasi preventiva, legatura delle arterie, formazione e sutura del moncone. Al postutto se ciò tornasse difficile nulla ci impedisce di segmentare i legamenti facendo tante piccole legature in massa, lo Schroeder limitandosi ad affermare che ciò non è assolutamente necessario.

Conchiudendo, se io sono convinto che il processo di Müller segni per molti riguardi un progresso ed un perfezionamento di tecnicismo, non sono ripugnante del tutto all'idea dell'affondamento per quanto i risultati sinora ottenuti non sieno molto incoraggianti e darei la preferenza al metodo di Schroeder per la miomotomia. Debbo per altro aggiungere come il trattamento extra-peritoneale essendo più rapido, più spiccio, più facile, sia alla portata di tutti, mentre il trattamento endo-peritoneale richiedendo maggiore perizia ed esperienza operativa più consumata e conoscenza di tutti gli accorgimenti dell'arte, pur segnando forse un perfezionamento, chirurgicamente e scientificamente parlando, non è che alla portata degli abili operatori, e questi soltanto, colla precisa e metodica esecuzione del metodo, potrebbero trarne vantaggi segnalati.

Nel chiudere la rassegna delle proposte modificazioni del metodo Porro mi resta a prendere in esame l'idea di amputare il viscere in totalità. Questa proposta bisogna considerarla diversamente, secondo che si rivolge ad una serie speciale di casi, quelli cioè in cui il taglio cesareo è richiesto da una concomitante affezione cancerigna dell'utero, ovvero generalizzando vorrebbe sostituito in ogni caso tale metodo a quelli meno radicali già

conosciuti e praticati. Il Kocks, dopo aver studiato i rapporti dell'arteria uterina ed affermato che nell'utero gravido la sua distanza dal margine uterino si fa maggiore che non nell'utero vacuo potendo essere di 2-3 ctm. aggiunge: è questo un fatto di non poca importanza per l'ostetrico, il quale praticato il taglio cesareo in una donna affetta da carcinoma uterino, si decidesse a farne l'esportazione totale (1). E questa evenienza si presentò già parecchie volte nella pratica come lo dimostrano i casi di Bischoff, di Billroth, di Spencer Wells, e noi dovremo ritornare più tardi su questo argomento. Il De Cristoforis (2) volle più tardi generalizzato il metodo nei casi di ovario-isterectomia cesarea e ne additava come vantaggi la chiusura completa del cavo peritoneale, l'evitare la lunga suppurazione che si fa in seno al peduncolo e tutte le noie di un trattamento curativo. La pubblicazione del caso di Spencer Wells indusse il De-Cristoforis (3) a rivendicare la priorità della sua proposta, che nessuno pensava a contendere, poichè essa non può che riferirsi alla generalizzazione del metodo. Non è mio compito certamente di entrare nella polemica a cui diede luogo tale proposta: dirò solamente che come metodo eccezionale potrà avere logica applicazione non solo nei casi di cancro uterino, ma in casi speciali di fibromi e forse in casi in cui la porzione cervicale abbia subito tali maltrattamenti da rendere opportuna la sua demolizione. Ma nei casi ordinarii non so vedere perchè ad un processo più semplice, meno difficile e meno pericoloso, se ne debba sostituire uno più complicato, più difficile, circondato da maggiori pericoli. I partigiani convinti del metodo extra-peritoneale non discuteranno neppure la proposta non perchè, intendiamoci bene, sia così azzardata da non essere meritevole di discussione, ed al postutto nel campo scientifico *noblesse obblige*, ma perchè non havvi ragione di confronti tra due metodi così disparati e che stanno agli estremi Ma a coloro che sono partigiani dell'idea di affondare il peduncolo o non ne sono ripugnanti si può affacciare il quesito se non

---

(1) Kocks. *Ueber die Totalextirpation des Uterus-Vorschlag einer vereinfachten neuen Operations Methode. Archiv f. Gynaek.* 1879, XIV Bd. T. IX. — Analisi bibliografica del Dott. Mangiagalli (*Annali di Ostetricia*, ecc., 1879).

(2) De-Cristoforis. *Le malattie delle donne*, Milano, 1881.

(3) De-Cristoforis. *La cesarea estirpazione totale dell' utero rivendicata agli Italiani.* — *Lo Sperimentale*, dicembre 1882.

Osservazioni in risposta del Prof. Paolo Negri. *Lo Sperimentale*, febbraio 1883.

convenga fare un passo più avanti e demolire anche il moncone. A me sembra che la risposta debba essere negativa anche per costoro. Le difficoltà delle esportazione totale dell' utero per la via addominale cominciano precisamente là dove noi ci arrestiamo anche affondando il peduncolo, ed i vantaggi accennati dal De-Cristoforis non compensano certamente l'aumento dei pericoli che rendono così formidabile tale atto operativo. E poichè coll'affondamento del peduncolo, seguendo il metodo Schroeder, noi ci mettiamo al sicuro contro l'emorragia, contro l' infezione del peritoneo per la via cervicale, e togliamo tutti gli inconvenienti inerenti al metodo extra-peritoneale, non sarebbe un soprappiù, un dar di cozzo contro la legge del *ne quid nimis*, il voler abbracciare un metodo più radicale? Abbracciando questo la via a percorrersi ulteriormente è disseminata di nuove difficoltà e pericoli: la separazione dell'utero dalla vagina e dal retto, l'apposizione di nuove legature, ed essa si fa più difficile quanto più ci approfondiamo nella pelvi, la possibilità di ledere vescica ed ureteri, come più volte già si constatò nella pratica, la necessità di dover aprire ampiamente il peritoneo poichè certamente non vorrà paragonarsi la lesione della sierosa quale noi facciamo nel fondo della pelvi colla esportazione totale a quella che si pratica incidendo il moncone in modo cuneiforme onde farne la sutura a più piani, la maggiore difficoltà di chiudere con sutura l'ampia breccia praticata in confronto della sutura del moncone; che se poi non si volesse chiudere la breccia peggio che peggio poichè oltre agli inconvenienti di un' ampia comunicazione del cavo peritoneale coll' esterno si avrebbe il fatto che oggidì i ginecologi cercano di evitare scrupolosamente, di avere ampi spazii connettivali che si aprono verso la sierosa.

Mi piace ora riepilogare in poche proposizioni quanto sono venuto fin qui scrivendo in questo capitolo:

1.° I processi che si propongono di migliorare la prognosi del taglio cesareo, mediante la demolizione degli organi della riproduzione hanno dato, *non facendo selezione di casi*, nelle 140 osservazioni da me raccolte una mortalità del 58,57 %.

2.° Nei 15 casi in cui si affondò il peduncolo si ebbero 11 donne morte e 4 salve; tolto il caso letale di Warren in cui la esportazione fu totale, resta per gli altri 14 la mortalità del 71,42 per cento. Nell'affondamento del peduncolo si esperirono processi molto disformi tra loro e non tutti sono inappuntabili dal punto

di vista del tecnicismo. A mente dello scrivente il processo più scientifico e sicuro fra quelli messi alla prova o quelli semplicemente proposti si è quello di Schroeder per la miomotomia. La esportazione totale non può avere che indicazioni eccezionali.

3.º La mortalità complessiva degli altri casi operati col metodo Porro con o senza la modificazione di Müller sarebbe rappresentata dal 56,80 %. Considerazioni tratte dal ragionamento e e dall'esame dei fatti sarebbero piuttosto favorevoli alla modificazione di Müller.

Mi resterebbe ora a fare la selezione dei casi, ad epurare cioè la statistica di quelle osservazioni che la logica consente di escludere per determinare equamente quale sia il pronostico del metodo operativo poichè è evidente che ci sono casi in cui la morte sarebbe stato l'esito inevitabile con qualunque metodo operativo. Ma anche in queste esclusioni non bisogna essere troppo corrivi, onde evitare il sospetto che eccessive sottigliezze nascondano il partito preso di torturare le statistiche in modo che dieno risultati favorevoli ad una idea già prestabilita. Questo argomento troverà però trattazione più opportuna, quando, esaminati i processi operativi che contendono il campo a quelli accennati verremo a parlare delle indicazioni che mossero ad operare nelle 140 osservazioni riportate in questo capitolo.

(Continua).

CASISTICA OSTETRICA

Dal R. Istituto Ostetrico-Ginecologico di Firenze
diretto dal Prof. Cav. D. CHIARA

UN CASO DI DISTOCIA MECCANICA DEL CANAL MOLLE
PROBABILMENTE DI NATURA SIFILITICA

NARRATO
dal Dott. ANTONIO MARTINETTI
Assistente nell'Istituto.

Nei mesi di ottobre e novembre di questo anno 1883, si è osservato in questo Ospizio di Maternità in Firenze un caso, che mi pare meritevole d'attenzione non solo per parte degli ostetrici, ma ben anche per parte dei sifilografi. Si tratta di un indurimento del collo dell'utero, della vagina e di parte dell'ostio vaginale in donna sifilitica, indurimento che il Fournier ha osservato varie volte, e che, nella sua pregevole opera sulla sifilide nella donna, chiamò *dureté sêche cartilagineuse* (1).

E siccome il caso si è verificato in donna gravida, anzi quasi a termine della gestazione, si comprende come tale alterazione costituisca di per sè un caso importantissimo di distocia essen-

(1) Alfred Fournier. — *La Syphilis etudiée plus particulièrement chez la femme.* « Nous avons noté d'un façon très-positive une ampliation générale, une véritable hypertrophie du col (et cela en l'absence de toute affection utérine, antérieure ou actuelle, autre que le chancre); de plus, le col hypertrophié présentait au toucher une dureté spéciale, une dureté « sèche, cartilagineuse » paraissant résulter d'un exsudat superficiel, d'un néoplasme infiltrant les tissus. »

ziale per ostacolo meccanico del canale molle; ed è anzi sotto il punto di vista ostetrico ch'io lo voglio considerare.

Nel giorno 7 ottobre 1883 era ammessa nella sezione delle illegittime di questo Ospizio N. N., d'anni 23, nubile, nativa di Marcoiano (comune di Scarperia), donna di servizio. L'aspetto della donna era abbastanza buono e robusto, il temperamento tendente un po' al linfatico; l'altezza è di m. 1,48. Ecco i dati anamnestici che potei raccogliere. I genitori della nostra ragazza sono vivi, il padre in età di circa 70 anni, la madre di oltre 50, ed ambedue godono e godettero sempre buona salute. Due sorelle pure, minori d'età della malata, sono e furono sempre sane. La N. N. nell'età infantile ha sofferto di scarlattina e di vaiuolo, le pustole del quale hanno lasciato qualche cicatrice ancora visibile sulla fronte e sul naso. La donna ci assicura che non fu mai passiva di alcuna altra malattia. — Fu mestruata per la prima volta a 16 anni, ed in seguito le ricorrenze mestruali furono regolarissime per periodo, durata, quantità e qualità. Per la sua professione di domestica fu costretta a menar sempre una vita molto attiva, quasi direi strapazzosa, ma in compenso il vitto fu sempre abbondante e nutritivo, ed abitò sempre case bene aereate e asciutte.

Già da circa quattro anni duravano le sue relazioni amorose con un individuo, relazioni che furono sempre assai moderate, quando a dì 15 febbraio, essendo allora l'epoca mestruale, la nostra ragazza s'insospettì di essere incinta, perchè non rivide il flusso mensile, chè tale non si può chiamare un po' di sangue, che le venne in così scarsa quantità da macchiare appena un panno. Si convalidò vieppiù nel suo sospetto, perchè le venne meno l'appetito, di quando in quando era assalita da intensa cefalea e vomiti. Non ostante seguitò sempre a lavorare indefessamente, nè tralasciò i rapporti sessuali, sempre però con un solo uomo; questi rapporti anzi durarono sino al settimo mese e mezzo di gestazione, secondo i calcoli della donna.

A questo tempo appunto la N. N. riporta la sua infezione sifilitica. Questa cominciò con un'ulcera dura alla forchetta, ma la malata non rammenta bene il giorno in cui le comparve; assicura però che fu negli ultimi giorni del settembre.

Da quel tempo cominciò ad avvertire dalla vagina uno scolo di materia biancastra, puriforme, fetentissima. Per di più essendosi manifestata nei primi giorni d'ottobre una roseola su tutta

la superficie del corpo, volle consigliarsi con una levatrice, la quale ordinò frequenti e abbondanti iniezioni vaginali di acqua e aceto.

La donna nel fare dette iniezioni si accorse che la superficie interna della vagina era ricoperta da un' enorme quantità d'escrescenze, rotondeggianti di forma, poco resistenti, affatto indolenti. Però non potendo per la gravidanza inoltrata continuare il servizio, decise di recarsi in questa Maternità, dove fu ricevuta il giorno 7 ottobre.

Abitualmente la nostra ammalata ha molto sofferto di stipsi; cosicchè spessissimo ha fatto uso di clisteri ed anche di leggieri purganti, non ostante i quali non aveva defecazioni che ogni 5 o 6 giorni.

All' esame d' ammissione ecco quello che fu trovato. All' ispezione si vedevano i genitali esterni di un colore fosco vinoso, e alquanto tumefatti; alla forcella si osservava una ulcerazione di circa 2 cent. di diametro, ed un' altra un po' più piccola sul grande labbro di destra. Divaricando le piccole labbra si osservavano al contorno imenale come alquante ragadi ulcerose. Di più v' era abbondante scolo vaginale di colore giallastro, molto sciolto e d' ingrato odore. Alla palpazione i genitali esterni offrivano una durezza non comune, e più la parte destra che la sinistra.

L' esplorazione digito-vaginale ci fece apprezzare una ristrettezza della vagina notevolmente marcata, le pareti non erano per niente cedevoli, indolenti e ricoperte da un' immensa quantità di granulazioni della grandezza media di una veccia, di consistenza carnosa, pur esse indolenti e quasi tutte peduncolate. Il grande e piccolo labbro di destra e la parete corrispondente si apprezzavano più duri e resistenti che a sinistra. Il collo poi dell' utero era durissimo, piuttosto piccolo e affatto impenetrabile, ma non vi si poteva apprezzare l' esistenza di un' ulcera (1). V'era adeno-

---

(1) A questo riguardo cioè quanto alla difficoltà di osservare l'ulcera sul collo dell'utero, quando anche sia esistita, rammenterò quello che il Fournier dice nella sua opera già citata: « Je ne saurais certes vous dire ce que dure le chancre utérin, et cela pour la bonne raison qu'il ne m'a jamais été donné d'assister à sa naissance, de la suivre dans toute son évolution. Mais ce que je puis vous affirmer, et ce que je dois signaler à votre attention, c'est que ce chancre, même spontanément, se modifie, se répare et se cicatrise avec une rapidité extraordinaire. Il se modifie parfois d'un jour à l'autre, au point de n'être plus reconnaisable.

patia inguinale doppia affatto indolente: e, diffusa su tutto il corpo, un'assai marcata roseola maculosa.

L'esame digito-rettale dava un resultato affatto negativo. La donna sino dal giorno 19 fu sottoposta ad una cura antisifilitica, amministrandole tutte le mattine una pillola di 1 centigrammo di protoioduro di Hg.

La mattina del dì 27 ottobre, circa alle ore 6 ½ ant., cominciò la donna ad avvertire alcuni dolori uterini, dovuti a vere e proprie contrazioni: nello stesso tempo avvenne lo scolo di una buona parte del liquido amniotico. Visto che era incominciato il travaglio si procedè ad un esame ostetrico. Il ventre, sebbene le pareti fossero assai spesse a causa del pannicolo adiposo, appariva assai piccolo, di forma quasi sferoidea, con la cicatrice ombelicale pianeggiante, e l'utero rivolto a destra. Stando la donna supina la circonferenza al bellico misurava 20 ctm.; la distanza dal pube alla punta sternale 36 ctm., dal pube al bellico 17 ctm. In quanto all'utero il suo fondo arrivava alla zona media sopra ombelicale, la sua semicirconferenza longitudinale era 29 ctm., quella trasversale 27 ctm., il diametro longitudinale 23 ½ ctm. e quello trasversale 18.

La pelvimetria ci dette questi altri risultati :

Circonferenza pelvica	ctm.	86
Distanza fra le S. I. A. S.	»	21
» fra le creste iliache . . .	»	22
Diametro obliquo destro	»	24
» » sinistro	»	24
Distanza fra i gran trocanteri. . .	»	29
Coniugata esterna	»	16

Alla palpazione si sentiva l'estremo cefalico nello stretto superiore, il dorso fetale a sinistra, le parti più piccole nel quadrante superiore di destra. Con l'ascoltazione si sentiva il battito cardiaco fetale profondo ma regolare nel quadrante inferiore sinistro.

La vagina non aveva fatto alcun cambiamento, salvo che le ulcere si erano molto modificate progredendo verso la guarigione. Il collo uterino era scomparso, e l'orifizio esterno dilatato 2 ctm. rimaneva grosso, durissimo, resistente. Attraverso a questo si

poteva tuttavia apprezzare trattarsi d'una presentazione di vertice nella posizione O. I. S. P.

I dolori uterini continuarono assai forti, e la sera dello stesso giorno 27 la dilatazione dell'orificio esterno era giunta a 4 ctm. A questo punto si arrestò, e al riscontro vaginale si aveva la sensazione come di un rilievo a cingolo attorno all'orifizio, che non permetteva nessuna dilatazione ulteriore; si avvertiva anche l'iperplasia del segmento inferiore, e più a destra che a sinistra. il Prof. Chiara, esaminata la donna, e riscontrato soddisfacente lo stato del feto, si decise ad aspettare ancora per qualche tempo prima d'intervenire, per vedere se il collo avesse ceduto. Così nelle stesse condizioni passò la giornata del giorno 28; ma la mattina del 29, visto che lo stato delle cose non si modificava menomamente, il Professore decise d'intervenire, e d'intervenire energicamente, lasciando da parte e bagni e doccie e medicine eccitanti, che sarebbero state del certo inefficaci a combattere vantaggiosamente un infiltramento neoplastico così vasto e resistente, come quello che costituiva nel nostro caso una sì rilevante distocia. Stabilì di fare incisioni multiple sul collo, e la mattina alle ore 10 l'aiuto-professore si accinse a farle. È da notare che l'orificio del canale cervicale era tanto duro e resistente che le forbici non vi facevano presa, ed il bordo sfuggiva, come si avesse a che fare con un vero e proprio tessuto fibroso. Fu applicato allora lo speculum vaginale, che permise di constatare, oltre il grado di dilatazione, un segmento della testa fetale scoperta dalle membrane, e la integrità perfetta del tessuto uterino, dove cioè non esisteva alcuna ulcerazione. Vista l'inefficacia delle forbici, si adoperò il bisturi bottonato del Dubois; e mediante questo si riuscì a fare tre tagli, di cui uno in alto ed in avanti sul labbro anteriore, un secondo lateralmente a sinistra, il terzo in basso e un po' a destra.

L'operatore ci disse che nel praticare le incisioni ebbe quella impressione speciale di stridore che proviamo appunto tagliando i tessuti fibrosi. Malgrado questa operazione l'orificio non si dilatò più che 6 ctm.; la testa non procedè punto nel suo movimento di discesa rimanendo sempre sullo stretto superiore. Per questo alle ore 2 ½ pom. il Professore, essendovi il permittente per una applicazione di forcipe a cucchiaie piccole, si decise per questo atto operativo, scegliendo il forcipe del Naegele. Le branche del forcipe furono potute applicare con bastevole facilità; ma al mo-

mento della trazione, per l'abnorme stato delle parti che il feto doveva attraversare, cominciarono ostacoli tali, che non si sarebbero potuti superare col semplice forcipe. Così il labbro anteriore dell'utero si tese tanto fortemente e a guisa di cordicella sopra la parte destra dell'occipite (essendo già incominciato il movimento di rotazione), che senza un'incisione assai generosa, praticatavi dal Professore, non avrebbe il vertice potuto compiere il movimento di discesa: così pure la tensione dell'ostio vaginale fece riconoscere necessaria una profonda episiotomia, che fu eseguita con due tagli laterali.

Per di più i molti papillomi, che come abbiamo detto rivestivano tutte le pareti della vagina, si addensavano, si aggruppavano cioè dinanzi alla testa del feto, che li spingeva dinanzi a sè, impedendo così il disimpegno della testa. Per questo dovè l'assistente, mentre che il Professore eseguiva la trazione col forcipe, respingere con le dita la mucosa vaginale al di dietro della testa fetale. In tutte queste operazioni si spese un tempo di circa 15 minuti; cosicchè quando il feto venne alla luce era asfittico, sebbene non gravemente, perchè si riebbe dopo circa 4 minuti di verberazioni sul dorso. Misurato il feto si trovò della lunghezza di 46 ctm. di cui 26 fra il vertice e il bellico, 20 fra il bellico e i talloni. Le altre misure erano:

Diametro	mento occipitale	ctm.	13
»	fronto-occipitale.	»	10 1/2
»	biparietale anatomico . . .	»	8 1/3
»	» ostetrico . . .	»	8
»	sotto-occipito bregmatico . .	»	9 1/2
»	» frontale. . . .	»	9 1/5
»	» mentoniero. . .	»	8 1/2
»	bimastoideo	»	8
»	mento bregmatico	»	10 1/2
»	» frontale	»	7 1/2
»	trachelo frontale	»	7
»	» bregmatico . . .	»	10
»	» occipitale	»	11 1/2
»	biacromiale	»	10 1/2
»	sterno-dorsale	»	7 1/2
»	sacro-pubico	»	7
»	bitrocanterico	»	8

Questa la storia del parto. Nei primi nove giorni successivi la donna fu sempre un po' febbricitante, ma la temperatura non salì mai a più che 39°; sin dal secondo giorno si manifestò un edema assai rilevante delle grandi labbra; tanto la superficie dell'ulcerazioni quanto quella dei tagli prodotti dall'episiotomia presero un aspetto di piaga difteroidea; ma cauterizzate con l'acido fenico puro, andarono mano mano scomparendo in un con l'edema. I lochi furono sempre di cattivo odore, dapprima sanguigni poi purulenti; il ventre fu sempre indolente e trattabile, e attraverso la parete addominale si sentiva l'utero benissimo contratto. Praticato nel decimo giorno un riscontro digito-vaginale, si poterono apprezzare le pareti della vagina sempre ricoperta da enorme quantità d'escrescenze condilomatose, prive di muccosa e in numero molto maggiore verso la parete inferiore. Il collo si sentiva sempre duro, sfrangiato, ed il labbro anteriore pareva semplicemente respinto verso il fornice anteriore.

Nei giorni successivi le condizioni sono sempre andate migliorando, solo di quando a quando venne qualche lieve recrudescenza febbrile con massimo di temp. a 38°,2. Nella mattina del 14 novembre è stato praticato un altro riscontro vaginale e appariva che i condilomi delle pareti fossero scemati di numero, ingranditi e appiattiti in modo da toccarsi fra di loro l'uno con l'altro; erano ricoperti di mucosa giovane. Il gran labbro aveva perduto la sua durezza, così pure la vagina era un po' più distensibile. Il collo pure era meno sclerotizzato, ma il labbro anteriore era completamente aderente al fornice corrispondente, e tanto da non lasciare neanche il minimo rilievo fra il labbro e il fornice stesso, ma si continuavano l'uno con l'altro, come se fossero un corpo solo. Per questa adesione il canale cervicale è rimasto affatto pervio, e vi si può benissimo penetrare con la prima falange del dito indice.

Mano mano poi le manifestazioni sifilitiche hanno ceduto sotto l'influenza della involuzione puerperale, e anche per la cura mercuriale: la vagina è rimasta molto più ristretta e raccorciata, ma senza condilomi.

Però l'infezione sifilitica diffondeva la sua trista influenza sul generale della donna; cosicchè al presente si osserva molto anemica e debole, e per un minimo strapazzo (basta che stia levata qualche ora più dell'ordinario) la temperatura alla serasale a 38°.

Non starò ora a fare considerazioni speciali, che un caso tanto

importante parrebbe richiedere; e questo specialmente perchè non conosco che un solo caso analogo a questo; ed è quello pubblicato nel 1873 dal Prof. G. Chiarleoni.

Ho creduto però mettesse conto di segnalarlo agli studiosi, perchè, quando altri consimili ne siano pubblicati, qualcuno più di me competente possa trarne quelle conclusioni che adesso parrebbero azzardate.

PS. Era stato spedito da qualche giorno il manoscritto, quando si presentò alla nostra osservazione un secondo caso avente qualche analogia con il narrato: si tratta di agglutinamento delle labbra del collo, e resistenza cartapecoracea del segmento inferiore dell' utero ancora in donna sifilitica: fu tolto l' agglutinamento mediante il dito, e la dilatazione si completò spontaneamente, ma bruscamente, dopo un' ora circa di resistenza, spaccandosi il labbro anteriore; 8 ore dopo il parto la puerpera ebbe una tipica eruzione scarlatinosa che decorse regolarissima; per questo, e per l' anomalia del canal molle faremo di pubblica ragione anche quest' ultimo fatto in altro numero del giornale.

D. M.

RASSEGNA

LETTERATURA ITALIANA

Sulle alterazioni patologiche portate dalla sifilide nella placenta umana — Comunicazione (1) del Prof. **G. B. Ercolani.**

Quali siano queste alterazioni e se abbiano per sede parti spettanti alla madre o parti spettanti al feto, ecco lo scopo di questo lavoro dell'illustre Prof. Ercolani.

Per la più esatta e chiara conoscenza di lesioni sifilitiche nella placenta il Prof. Ercolani espone le più fondamentali notizie sulla struttura intima normale della placenta da lui così bene e così profondamente studiata.

E prima di entrare in argomento mi sia permessa una breve digressione. Se non si può negare che l'embriologia sia una parte dell'anatomia che offre parecchie difficoltà allo studioso, se neppure è da porsi in dubbio che le nozioni dell'anatomia placentare hanno per un bel pezzo durato a vagare nell' incerto, nel nebuloso, oggi sarebbe un volersi porre una benda agli occhi, sarebbe anche un rinnegare un onore italiano il misconoscere che questo nebuloso, questo incerto, questo difficile è stato sostituito da una esposizione nitida, parlante, facile, istruttiva dell' anatomia placentare, dovendosi tutto ciò alla

(1) Comunicazione fatta alla Società Medico-Chirurgica di Bologna nella seduta delli 23 febbraio 1883. (*Bullettino delle Scienze Mediche*, fasc. 4, 1883).

mente ed all'operosità d'un italiano, dell'autore di questo e di molti altri pregiatissimi lavori, infine del Prof. G. B. Ercolani.

L'A. accenna di volo le teorie sulla origine della decidua; quella di Hunter per cui la decidua doveva provenire da *una essudazione d'un materiale concrescibile* producentesi dopo il concepimento su tutta la superficie interna dell'utero, quella del Kölliker che la decidua si ha per *una trasformazione della mucosa uterina*, e infine ricorda la propria opinione quale è che questa *decidua ha la sua derivazione da un vero e reale processo neoformativo di elementi cellulari, elaborati dalle pareti dei vasi deciduali e placentali, anch' essi di nuova formazione* (Ercolani).

Tutti oggi convengono che successa la fecondazione, lo strato epiteliale della mucosa uterina si distacca e cade e, come avviene nell'utero al tempo della mestruazione, che le glandule uterine od otricolari s' ingrossano, così e più ancora accresconsi dopo la fecondazione e nel tempo della gravidanza, costituendo quello che fu chiamato *strato spugnoso della decidua*, o anche *strato non caduco*. — E per questa denudazione dell'interna superficie uterina messe allo scoperto le pareti dei vasi capillari, da queste pareti si ha una neoformazione, quella delle cellule deciduali.

L'umore delle glandule uterine cresciute e maggiormente secernenti si versa nella cavità uterina, l'occupa tutta e l'uovo che vi discende viene da questo umore trattenuto e come sorretto contro la parete uterina e contro anche agli elementi neoformati dalla decidua; dovunque si fermerà avrà luogo lì la *formazione della placenta* a mezzo degli elementi deciduali. Ai bordi dell'uovo si avrà una ricca neoformazione e proliferazione degli elementi deciduali e così nascerà la *reflessa*, modo d'origine non discusso più neppure dai sostenitori della teoria d'una trasformazione. E nel punto ove l'uovo sostò, fra la superficie dell' uovo stesso e la parete uterina indubitalmente è ammesso che esista uno strato di elementi deciduali (*decidua serotina*) che s'accresca e costituisca la *porzione materna della placenta* (*strato caduco della decidua placentale per il Kölliker*). In questo strato è una rete di vasi uterini ed in mezzo alle cellule deciduali s'insinuano le villosità del chorion che vi corrisponde. Una figura schematica chiara e ben fatta serve alla dimostrazione delle cose suddette. Ricordiamo con l'A. che possonsi ritenere come assicurati questi due fatti:

1.° *Lo strato deciduale* (fig. 1, lettera *g*) *è interamente dovuto al processo neoformativo.*

2.° *Lo strato* detto *spugnoso* della *decidua (o non caduco del Kölliker, lettera n) è dovuto alla dilatazione e neoformazione delle glandule otricolari.*

Di questo tutti convengono e conviene lo stesso Kölliker, considerando la placenta sul principiare del suo sviluppo: come sono tutti d'accordo nell'affermare che altri due fatti si verificano indubbiamente con l'avanzare della gravidanza e sono:

1.° *La proliferazione di rami dai tronchi dei villi.*

2.° *Il processo ectasico che invade i vasi materni.*

In conseguenza di questi risultati accadrà quanto l'A. ha disegnato nella figura 2, cioè che i rami dei villi premeranno sulle pareti dei *vasi materni fatti ectasici*, e queste pareti si deprimeranno, lettera *d.*

Fino al terzo mese la parte fetale e la parte materna permettono la separazione, il distacco loro senza conseguente lacerazione. Dopo quest'epoca sono così saldamente unite che sarebbe vana la pretesa di disgiungerle esattamente. Come avviene questo mutamento? Che ne pensa il Kölliker e che il nostro Ercolani? Kölliker comincia da fare un ipotesi (a confessione sua neppure tanto convincente) ed è che per lo accrescimento e per la proliferazione dei villi fetali il tessuto materno sparisca, le pareti dei vasi vengano erose e il sangue si effonda tra i villi e così ne nascano le *lacune.* La formazione di queste sarebbe a questo modo resa intelligentissima, chiara, ma come possiamo poi comprendere questo versarsi del sangue placentare, queste emorragie lacunari da rimanere lì innocue, anzi come fisiologiche, se in verità il fatto anche qui chiamato emorragico devesi proprio intendere uscita del sangue dai vasi? O l'emorragia, l'apoplessie placentari non sono esse cause frequenti d'aborto? E quelle dovrebbero non si sa perchè dirsi emorragie *necessarie*, emorragie *innocue!* — I *septa interni* della placenta che circoscrivono i laghi emorragici bastano a darci conto, a farci persuasi di questa innocuità nell'emorragie lacunari? Non lo crediamo e non lo possiamo credere quando si pensi a come vengono formati i *septa*; ciò che si dirà fra breve.

Il Prof. Ercolani partendo dal punto che sia ben studiato ed esatto ormai ed accettato tutto quanto si riferisce al primo stadio dello sviluppo della placenta, dimostra che il completarsi dello sviluppo di essa avviene senza che i rapporti fra parte fetale e parte materna notevolmente si cambino: tali rapporti invece soltanto prendono diversa forma. E ce lo prova in un modo così chiaro e così preciso che davvero non sapremmo come non persuadercene.

Ei dice: « Dato che col progredire ed il perfezionarsi dello sviluppo della placenta si mantenessero ed aumentassero soltanto i due fatti che abbiamo osservati, la proliferazione dei villi fetali cioè da un lato, ed il processo ectasico nella rete dei vasi materni dall'altro, e questi due fatti si svolgessero in mezzo alla massa limitata e circoscritta degli elementi cellulari che costituiscono la decidua placentale (come sta rappresentata nella fig. 1 e 2), per semplici leggi fisico meccaniche dovrà accadere che i villi cresciuti di numero, di lunghezza, di volume contro la parete endoteliale dei vasi materni placentari che si estendono e si allargano, naturalmente quei villi protunderanno nell'interno della cavità del vaso che si dilata, del vaso ectasico, introflettendone la parete, contro la quale detti villi esercitano una pressione.

Per la pressione stessa sulla parete endoteliale del vaso, questa dovrà addossarsi al corpo dei villi e così questi avranno una *doppia guaina, all'esterno la parete endoteliale del vaso materno, all'interno uno strato di elementi deciduali elaborati dalle pareti medesime del vaso stesso.* Si avrà così l'apparenza che il tronco ed i rami proliferati del villo nuotino nel sangue d'una lacuna (lettera *d*) mentre il fiocco villoso non è contenuto che nella cavità d'un vaso ectasico a parete introflessa. Le due parti della placenta, parte fetale e parte materna, non possono ora più staccarsi l'una dall'altra per l'intimità dei rapporti che si sono venuti stabilendo fra loro, ma però si *distinguono sempre* ».

Se non si generalizza la persuasione che queste due parti, sebbene non possono più staccarsi, possono però essere distinte una ragione c'è; vi fa ostacolo quella opinione che hanno taluni che il rivestimento materno ed esterno dei villi fetali abbia da essere un epitelio e di derivazione fetale. E come *abissus abissum invocat,* un errore ne genera altri e altri ancora: quindi ne venne l'opinione dello sparire della parte materna per l'accrescimento dei villi, così originò l'errata idea dei laghi emorragici o lacune formate a spese delle pareti vasali e del nuotarvi e pescarvi dentro i villi.

Un altro grosso sbaglio si deve considerare anche quello che spiega la nutrizione dei feti con uno scambio osmotico a qualunque epoca di gravidanza si sia. È provato invece che questo scambio non potrebbe succedere nei primi mesi di gravidanza poichè sono le cellule placentali che stanno a contatto dei villi fetali e mancano le lacune nei primordi dello sviluppo placentare; e stando così le cose chi è che non vede come con le dottrine generalmente accettate nello

scambio osmotico dei due sangui, la nutrizione dei feti avrebbe luogo in due modi diversi. Ma invece la nutrizione dell'ovo umano si fa allo stesso modo e nei primi e negli ultimi mesi. La parte materna a superficie secernente (cellule placentali) è sempre in rapporto diretto con la parte fetale o superficie assorbente (villi); il rapporto viene solo in parte mutato per il contatto che è più intimo, più stretto a gravidanza inoltrata, che non sul principio di questa.

L'A. entra poi a dire della *radice d'attacco dei villi.* È questa una scoperta attribuita al solito ad uno straniero, al Langhans, ma in in verità propria, propria d'un italiano, del Professor Ercolani. Nella figura 4 è riassunta la descrizione dell'intima struttura placentale, chiarissimamente. I *septa interna* della placenta sono costituiti dagli elementi deciduali e dalle pareti endoteliali dei vasi che furono introflessi dai villi. L'A. poi combatte l'errore del Winkler e del Kölliker i quali ritengono che dai bordi della placenta la decidua e la reflessa mandino una lamina nell'interno della placenta, lamina da essi chiamata di *chiusura*; e conclude col provare luminosamente che fra parte materna e parte fetale i rapporti continuano anche a sviluppo inoltrato dell'organo e che solamente è divenuta complicatissima la modalità di questi rapporti (sempre però restando di semplice contatto); e questa differenza è dovuta alla grande proliferazione dei villi per la parte fetale ed all'enorme processo ectasico dei vasi placentali per la parte materna.

Una parola sulla radice d'attacco dei villi. « Dei villi che s'aumentano grandemente taluni si spingono contro la parete interna del vaso ectasico che rimase a contatto della porzione uterina della placenta, fan combaciare le superfici interne della tunica vasale, ossia addossano la parete introflessa con la parete interna che forma il cieco fondo della lacuna. Si fondono le due pareti che si combaciano e così ne risulta la *radice d'attacco,* la fusione di quelle due pareti è così intima che non si discernono poi più le due parti e gli elementi deciduali della placenta si mostrano in contatto diretto del parenchima dei villi ».

Da tutte queste preziose osservazioni, frutto di studi profondi e di accurate indagini di un profondo ingegno, il Prof. Ercolani che n'è l'Autore trae argomento per far vedere quali siano le parti attaccate nella placenta sifilitica se della porzione fetale o di quella materna. Riesce anche dalle alterazioni patologiche rimontando alle condizioni fisiologiche guadagnare alle sue osservazioni di anatomia placentale normale un verdetto di validità intiera confermato dall'esame di tutto il patologico studiato.

E venendo a dire delle alterazioni indotte dalla sifilide sulla placenta l'A. riassume da prima tutto quanto di più esatto si sa a riguardo degli effetti morbosi della sifilide nei diversi tessuti ed organi del corpo umano; poi ne fa il confronto con quelli che la sifilide produce nella placenta.

I fatti fondamentali caratteristici delle alterazioni materiali della sifilide nel parenchima dei varii tessuti ed organi del corpo umano sono (ce ne garantisce l'asserzione di autorevoli nomi) l'infiltrazione di piccole cellule rotonde o di corpuscoli linfoidi e quindi un processo irritativo flogistico che porta l'ulcerazione e la distruzione dei tessuti nei luoghi infiltrati. Degenerano in un materiale amorfo, *gomma*, (alla cui formazione contribuiscono gli elementi cellulari dell'organo colpito) le cellule linfoidi e con esso le cellule giganti che si rinvengono talvolta nelle giovani granulazioni sifilitiche.

Uguali resultati si hanno nella sifilide placentale, la quale talvolta ce li presenta nella porzione materna, tal'altra sui villi o sull'una e sugli altri ad un tempo.

È d'uopo avvertire che se l'infiltrazione delle cellule linfoidi e la degenerazione loro gommosa o colloide che attacca anche gli elementi dei tessuti vicini, occasiona facilmente un vero processo infiammatorio, col suo più comune termine della suppurazione nei vari tessuti dell'organismo, ciò o non accade pel tessuto placentare, o accadrà di rado, non avendolo per ora ancora incontrato.

L'A. fa poi la storia dell'anatomia-patologica placentare da sifilide, ricordando uno ad uno quelli che primi e più concludentemente la studiarono e riporta le principali note dei più accreditati lavori. Così ei ci parla di Wirchow, di Strasmann, Birch-Hirschfeld, Slavianski, Henning. Questi fu il primo ad osservare che le gomme sifilitiche della placenta derivavano dai vasi e che intorno a questi e nella parte materna ancora esisteva una infiltrazione abbondante di piccole cellule rotonde.

Poco ne aveva detto prima il Mackensie definendo l'alterazione riscontrata sotto il corion, per uno strato fibrinoso di *apparenza grassosa;* quest'espressione invece dell'altra di *gomme veneree placentari* come l'espressione di *sostanza caseosa* per queste stesse l'usò anche il Wirchow.

Hennig stesso osservò l'ingrossamento del rivestimento esterno dei villi, ed Hennig e Fraenkel vollero fissare pure i caratteri macroscopici nella sifilide placentare come aumento di volume, di consistenza e di peso della placenta ed il colore giallo pallido che prende. Fraenkel

indicò come importante *la forma massiccia* che assumono i villi fetali, che attribuì *alla proliferazione del loro epitelio*, ritenendo egli di spettanza *fetale* l'invoglio che il nostro autore dimostrò doversi dire *materno.*

E secondo lo stesso Fraenckel per quella alterazione si arriva fino all'obliterazione dei vasi ed all'atrofia dei villi. Birch-Hirschfeld diè a quest'ultima complessa alterazione il nome di proliferazione granulosa deformante dei villi.

Nel parenchima dei villi Fraenkel trovò degenerazione adiposa ma non la disse caratteristica di sifilopatia.

Ercolani osservò non raramente il coalito fra le esterne pareti di molti villi e ciò verso la superficie interna dello strato caduco della decidua placentare e si domanda se il Fraenkel abbia voluto accennare a questo discorrendo di cellule di media grandezza originanti dai vasi e rinvenute negli spazi fra villi e villi, come a riempirli. — L'Ercolani ricorda che *le radici dei villi potranno essere e sono difatti involute dalle cellule placentari sane o degenerate in gomma*, afferma però che *dalla parete esterna dei villi o endoteliale del vaso materno ectasico introflesso non vide mai aver luogo neoformazione cellulare.* — Ma l'ultima conclusione di tanti osservatori e di tanti studiosi di questo soggetto, sfortunatamente è poco confortante. Essi s'accordano nel convenire — *solo per ulteriori ricerche* potrà essere stabilito quali fra le alterazioni osservate nella placenta sieno veramente da considerarsi come conseguenze caratteristiche della sifilide. —

Il fatto patologico sifilitico più accertato è quello della forma massiccia o ingrossamento anormale dei villi fetali, interpretato da Hennig, Fraenkel e Birch-Hirschfeld molto diversamente dal nostro autore, al quale importa a ragione di ben definire quale è la composizione anatomica dei villi, e qual numero d'elementi vi sia per farsi poi strada alla conoscenza delle alterazioni loro.

Lo studio profondo, accurato, ben condotto di questa parte ha portato l'Ercolani alla conclusione che la proliferazione dell'epitelio choriale nelle placente sifilitiche, se queste sono a completo sviluppo, non si può ammettere; sì nelle placente normali come nelle sifilitiche la proliferazione del detto epitelio non può incontrarsi: è un errore d'osservazione ch'egli dimostra con la Fig. 11.

L'A., dietro numerosi esami di placente sifilitiche, può affermare che « l'alterazione di queste è consimile a quella di altri tessuti colpiti dalla sifilide e cioè (lo ripeteremo) si tratta di una infiltrazione fra gli elementi del tessuto o dell'organo colpito, di piccole cellule

rotonde o di corpuscoli linfoidi (nel primo momento in cui le alterazioni sifilitiche si stabiliscono), e nella degenerazione colloide o gommosa degli elementi infiltrati e di quelli vicini del tessuto e dell' organo leso (come ultimo momento della lesione patologica avvenuta). »

Le Figure da 6-10 dimostrano materialmente l' asserto. Resta a vedere se le parti alterate e, quel che più importa, quelle vicine ai villi siano di spettanza *materna*, o, come vogliono i più, un' *alterazione del cosi detto epitelio* dei villi, o in altre parole siano di *spettanza del feto*. Confrontando le figure di anatomia normale con quella (N. 5) di anatomia patologica sifilitica placentare, l'A. fa toccare con mano che l'involucro esterno dei villi è d' origine materna e che colpiscono questa parte molte delle alterazioni sifilitiche che si notano nei varii tessuti del corpo umano; e che poi queste stesse alterazioni estendendosi vengono ad attaccare le diramazioni dei villi e le ricuoprono, le rivestono.

L'Ercolani avverte che sono molto frequenti le alterazioni degli elementi connettivali nel parenchima dei villi in placente malate; e che sotto questo riguardo v' ha qualche punto di contatto e d' analogia fra le placente grasse e quelle sifilitiche. Però egli potè assicurarsi di questa grande differenza cioè che nelle placente grasse non avviene mai una dissoluzione dei loro elementi che si rassomigli alla degenerazione colloide o gommosa propria delle placente sifilitiche da lui di continuo incontrata o nella parte materna o nella fetale. — L'A. si propone ora di studiare le diverse fasi di questa degenerazione nelle placente sifilitiche.

Nell' interno del parenchima dei villi d' una placenta sifilitica notò d' importante questo. Il parenchima era formato da un ammasso di cellule grandi, analoghe a quelle del tessuto muccoso e di più in alcuni villi eran tracce di vasi fetali obliterati.

E siccome ciò è stato pure rinvenuto nelle così dette *placente grasse* così importa di definire la differenza che veramente sussiste ed è che nelle placente grasse l' alterazione è isolata, non è alterato l'invoglio esterno, non si trova degenerazione colloide o gommosa nel parenchima dei villi cioè nei punti offesi di questo.

L'A. si è pure convinto che quella che il Bustamante ed il Neuman dissero sclerosi placentale ed egli altre volte chiamò ipertrofia deformante della placenta, oggi possa giustamente essere sostenuta quale lesione sifilitica placentale vera e propria. Dalle sue stesse esservazioni è indotto alla persuasione che il colore giallastro, l' aumento parziale o totale dell' organo si ha ancora in altre malattie placentari

e che è l'esame microscopico soltanto capace di insegnarci il reperto delle alterazioni sifilitiche nella placenta. — È bene ricordarsi che quando esiste sifilide tanto le parti fetali quanto quelle materne sono attaccate, e la loro intima unione in placente completamente sviluppate ci rende ragione di ciò come della difficoltà di decidere se la malattia fu originariamente materna o paterna. Col tempo si giungerà a sciogliere anche quest'ultimo quesito; per ora è giuocoforza qui arrestarsi.

Con lo scopo di far progredire lo studio e le nozioni sulla sifilopatia placentale, l'A. confronta le alterazioni patologiche nelle parti materna e fetale della placenta, con quelle da lui osservate in questo organo quando esisteva la sifilide; e viene poi a dichiarare quali non abbiano che fare con questa malattia, quali possano esserne una derivazione e quali altre veramente si possono ritenere per sifilitiche, anche in mancanza di notizie anamnestiche relative.

Di alterazioni del parenchima dei villi che non abbiano relazione con le alterazioni sifilitiche nota le seguenti:

1.° Il myxoma cistoide dei villi di Virchow.

2.° La melanosi dei villi.

3.° La trasformazione in tessuto fibroso del parenchima dei villi con o senza infiltrazione e degenerazione calcare.

4.° L'ipertrofia e l'iperplasia semplice e forse la degenerazione in tessuto muccoso degli elementi connettivali del parenchima dei villi con più o meno estesa obliterazione dei vasi fetali od anche con degenerazione calcare più o meno estesa e diffusa.

5.° La degenerazione grassosa e conseguente estesa calcificazione del parenchima dei villi.

(6.° La dilatazione, come l'obliterazione dei vasi dei villi può coesistere con diverse delle predette alterazioni, ma non si hanno dati sufficienti per una diagnosi differenziale).

7.°. La degenerazione in sostanza fibroide jalina o colloide del parenchima dei villi, osservata da Vedel può invece ritenersi una alterazione da sifilide; manca però l'assoluta certezza, perchè sono scarsi i dati su cui basarne l'affermazione.

Fra le alterazioni patologiche placentali della parte materna l'origine sifilitica può essere negata nelle seguenti:

1.° Melanosi nelle cellule placentali.

2.° Trasformazione in tessuto fibroso, delle cellule della porzione uterina e sottocoriale della placenta materna, come delle cellule deciduali o placentali dell'invoglio dei villi, detta dall'Autore *Fibroma della serotina e dell'invoglio materno dei villi.*

3.° Degenerazione grassosa delle cellule placentali con o senza obliterazione dei vasi, e con o senza degenerazioni calcari.

4.° Trombosi ed emorragie o apoplessie della placenta.

5.° Anomala vascolarizzazione della placenta o apparente *angioma della serotina* che Virchow chiamò *endometrite sifilitica*, già messa in dubbio da Strausmann.

6.° Ascessi e tumori cistici nelle placente malate.

Non si può invece così recisamente ed assolutamente negare il nome di alterazione sifilitica a quella dal nostro autore denominata *Myxoma della serotina o dell'organo glandolare* che avvolge le villosità della placenta. In questa abbiamo irregolari rigonfiamenti della membrana d'invoglio formata da uno strato uniforme delle cellule della serotina e nell'interno dell'invoglio dilatato è la parte fetale dei villi atrofica col parenchima trasformato in tessuto fibroso.

L'A. chiude il suo stupendo lavoro con queste importanti osservazioni qua e là già accennate nello scritto. Si ammetterà un processo sifilitico quando si scopra infiltrazione di cellule rotonde o linfoidi fra gli elementi cellulari della porzione materna e caduca placentare, oppure nello strato sottocoriale o lamina così detta di chiusura e in questa o in quella località degenerazione colloide o gommosa degli elementi suddetti. La forma massiccia o ingrossamento dei villi si deve all'infiltrazione di cellule linfoidi fra gli elementi deciduali dell'invoglio materno dei villi, ossia dello strato nucleato profondo dell'epitelio loro, come lo chiama Kölliker. Qui alla degenerazione gomomsa precede una disgregazione degli elementi cellulari che apparisce una massa granulosa informe. Di più può precedere a questa

degenerazione gommosa del parenchima dei villi una ipertrofia deformante degli elementi connettivali normali che prendono l' aspetto di cellule di tessuto mucoso; ed anche una ipertrofia semplice che presto va a finire in una dissoluzione gommosa completa. Questa degenerazione colloide o gommosa fu osservata nella parte fetale e nella parte materna dei villi, unitamente, solo fu notato un grado diverso d' intensità nelle due localizzazioni e forse l'esistere più profonda nell'una piuttosto che nell' altra parte delle due contribuenti alla formazione dei villi, potrebbe essere una guida a conoscere se la derivazione della sifilide sia dal padre o dalla madre.

O. Marchionneschi.

Vol. V, fasc. 6, anno 1883.

		Errata	Corrige
Pag. 377, linea	16	– *vera*	vero
—		– *assicurarsi*	assicurare
Pag. 378, linea	3	– *quelli*	quelle
—	4	– *basati*	basate
—	8	– *rintracciarsi*	rintracciarvi
—	16	– *a fossette*	o fossette
Pag. 379, linea	10	– *inucleandosi*	snucleandosi
—	20	– *stato invece occupato*	stato occupato
—	35	– *sostenere essi la*	sostenere la
Pag. 380, linea	9	– *rieleggersele*	rileggersele
—	32	– *possiederebbe*	possiederebbero
—	40	– *interesse e*	interesse:
Pag. 381, linea	16	– *l'una per l'altra*	l'una e l'altra

Marchionneschi.

(Rivista Ercolani, fascicolo di giugno).

BIBLIOGRAFIA [1]

Pubblicazioni riguardanti l' Ostetricia, la Ginecologia e la Pediatria fatte durante l'anno 1883 nei giornali:

Annales de Gynécologie (gennaio-dicembre).

Leblond e Fissiaux. — De l'emploi de la résorcine dans le traitement du chancre simple chez la femme.

Boissaire — De la tente éponge et de la dilatation du col.

Petit — De l'anus contre-nature iléo-vaginal et des fistules intestino-utérines.

Dembo — Indépendances des contractions de l'utérus par rapport au système cérébro-spinal.

Petit — De la conception au cours de l'aménorrhée.

Pilat — Contribution à l'histoire des présentations de la face.

Cyr — Rapports des coliques hépatiques avec la grossesse et l'accouchement.

Phelippeaux — Croup et trachéotomie, opération facile avec le mandrin-trachéotome.

Herrgott — Spondilizème et spondylolisthesis ; nouveaux documents pour l'étude de ces espèces de lésions pelviennes.

Laulaigne — Contribution à l'étude de l'anencéphalie ; diagnostic pendant la grossesse et l'accouchement.

Brouardel — Des causes d'erreur dans les expertises relatives aux attentats à la pudeur.

---

(1) Si veda a pag. 283 di questo volume.

Agathonoff — Lacérations du col utérin.

Chalot — Du pédicule dans l'opération de Porro; traitement intrapéritoneal par la ligature élastique et l'inversion du moignon.

Winckel — Introduction du Manuel: sur la pathologie et la thérapeutique des suites de couches (Trad. Ribemont-Dessaignes).

Mégrat — De la peritonite développée pendant la grossesse.

Truchot — Revue clinique de gynécologie (Hôpital de la Charité de Lyon — service de M. Laroyeune).

Mascarel — Kyste de l'ovaire droit: ovarictomie; guérison.

Leblond. — Note sur la fécondation artificielle à propos d'un jugement du tribunal de Bourdeaux.

Archives de Tocologie (gennaio-ottobre).

Doléris — Contribution à l'histoire des myomes utérins dans leurs rapports avec la grossesse et l'accouchement.

Chassagny — Appareil élytro-ptérigoïde; hémostase; dilatation du col; ocytocie.

Duplay — Des kystes du ligament large.

Chatellier — Compte rendu des accouchement du 1° Janvier au 31 octobre 1882 (service du M. Bernutz).

Caulet — Notes et observations pour servir à l'histoire du traitement thermal pendant la grossesse.

Budin — De la situation des œufs et de foetus dans la grossesse gémellaire et des symptômes qui en résultent.

Coutagne — Des ruptures utérines pendant la grossesse et de leurs rapports avec l'avertement criminel.

Triaire — Accouchement prématuré chez un femme dont le bassin mesure neuf. cent. sans déduction.

Auvard — Grossesse gémellaire — accouchement prématuré; developpement très inégal de deux fœtus.

Loviot — Du diagnostic certain de la grossesse avant l'apparition des signes de certitude.

Richelot — Déchirure totale du périnée; restauration par le procédé de Richet.

Tuffier. — Note sur un cas de pyohémie sporadique.

Moursou & Schlagdenhauffen. — Note sur le liquide amniotique.

Budin — A propos d'un cas d'obstétrique communiqué à la Société médicale des hôpitaux par M. Rendu.

Crouzat — D'un tracteur qu'on peut annexer à volonté au forceps classique.

Rivet — Grossesse gémellaire ; superposition des deux fœtus; placenta unique; disposition particulière de deux cavités amniotiques.

Tordeur — Céphalématome chez un enfant de dix-sept mois.

Denarié — Dystocie due à une tumeur du col de l'utérus — operation du Porro (service de M. Fochier, Lyon).

Le Bon — Sur le traitement de l'asphyxie de nouveau-nés.

Eustache — Etude sur les lochies dans l'état normal et dans les états pathologiques.

Chabazian — De l'emphysème sous-cutané pendant l'accouchement.

Chatellier. — Grossesse gémellaire.

Troisier — Note sur un cas de pseudo-paralysie syphilitique infantile.

Chabazian. — Du traitement des hémorrhagies utérines post-partum avec les injections hypodermiques d'ergotinine.

Rivet — De l'hémorrhagie par rupture spontanée des vaisseaux du cordon dans le cas d'insertion vélamenteuse.

Ranney — Relations topographiques des organes génitaux de la femme.

Auvard — De la couveuse pour enfants.

Lo Sperimentale (gennajo-novembre).

Pateracchi — Contributo alla cura del croup.

Pera — Contributo allo studio dell'aborto provocato a scopo terapeutico.

Paci — Di una ovariotomia doppia ed isterotomia — Guarigione — Morte dopo 36 giorni.

Cantieri — Cura di due voluminose cisti ovariche colle injezioni introcistiche della tintura di jodio e loro completa guarigione.

Il Morgagni (gennajo-novembre).

Mazzuchelli — Laparo-isterotomia sopravaginale per fibro-mioma uterino.

Jacobelli A. — Speculi chirurgici scavati dalle rovine delle città dissepolte, Pompei ed Ercolano.

De-Cristoforis — Vulvodinia e metrite cervicale granulosa in giovine nubile.

Fiore — Sette casi di guarigione di grup laringeo coll' applicazione delle neve alla gola.

Galligaris — Terapia della difterite.

Meola — Contribuzione all' etiologia dell' idramnios.

Meola — Le eruzioni vescicolari dei genitali muliebri.

Annali Universali di Medicina e Chirurgia.

Truzzi — Idrocefalia; idramnios ed inserzione velamentosa del funicolo ombellicale.

Cavagnis — Caso di spina bifida lombare trattato e guarito mediante la legatura elastica, con alcune osservazioni sull' anatomia patologica e sulla patogenesi di questa affezione.

Maccabruni — Caso di gravidanza extra-uterina tubo-addominale.

Bollettino delle Scienze Mediche (gennaio-novembre).

Rovaglia — Considerazioni medico-legali e fisiologiche sopra un caso di occlusione congenita della vagina con mestruazione vicaria dalla vescica e dall' uretra.

Ercolani — Sulle alterazioni patologiche portate dalla sifilide nella placenta (1).

Berti — Sulla insufficienza orinaria dei neonati.

Franceschi — Due casi di cisti di echinococco della mammella.

Levi — Illustrazione di un caso di cistoma ovarico suppurato, con esito letale. Tesi di laurea.

Gazzetta degli Ospitali (gennaio-dicembre).

Guaita — La pseudo-meningite dentale.

Mangiagalli — Il cucchiajo di Simon nella pratica ostetrica.

Guaita — Esperienze sulla tenia nell'età infantile.

Marcacci — 1° Estirpazione di voluminoso epitelioma del retto intestino in donna — 2° Asportazione totale dell'utero. — Morte immediata. Fu per cloroformio?

Rusconi — La teoria nervosa della mestruazione.

Belleli — La prima ovariotomia a Smirne eseguita nello spedale Rothschild.

Rusconi — Sterilità e concepimento.

Caneva — Un nuovo fatto che comprova l'età non essere una controindicazione dell'ovariotomia.

(Sarà continuato).

---

(1) Di questa interessantissima memoria il Dott. Marchionneschi ne dà ampia relazione in questo stesso fascicolo.

NECROLOGIO

Marion Sims. — Dopo Ercolani, Sims, altra gravissima perdita per la nostra specialità! Ci riserviamo di dire degnamente dell'Ercolani appena lo spazio ci consentirà, cioè nel numero venturo, e con la penna di cui lo conobbe da vicino.

Marion Sims, che si può considerare come fondatore della ginecologia in America, morì a 70 anni per un accidente cardiaco il 13 novembre 1883; la vigilia godeva ottima salute, nè accusò disturbo veruno; l'autopsia rivelò un ateroma dell' arteria coronaria. — Fin dal 1861 aveva contratto l'abitudine di passare una parte dell' anno in Europa, e più specialmente a Parigi.

Nato nel distretto di Lancaster (Carolina del sud) il 25 gennaio 1813, cominciò lo studio della medicina a Charleston, e quindi recatosi a Filadelfia vi seguì i corsi al Jefferson medical-college, e vi fu laureato dottore nel 1835.

Il primo campo dove esercitò fu la città di Montgomery, dove presto si fece noto per la sua destrezza chirurgica. — Nel 1853, mirando a campo più vasto, si portò a New-York dove fondava il Women's hospital, del quale fu chirurgo capo fino al 1861, anno del quale cominciano le sue peregrinazioni in Europa. — Nel 1870, durante la guerra franco-prussiana, organizza l'ambulanza anglo-americana, e n'è il capo. — Ebbe onorifiche distinzioni in Italia e in Francia, nel Belgio e nella Spagna: la distinzione maggiore ottenuta in patria fu la carica di presidente della società medica-americana. — Tra i suoi lavori facciamo speciale menzione de' seguenti: *Il trismo de' neonati.* — *Le suture d'argento in chirurgia* — *Note cliniche di chirurgia uterina* — *I tumori fibrosi intra-uterini.* — *Trattato sulla ovariotomia* e una *Monografia sulla scoperta dell'anestesia.* — La sua grande riputazione ginecologica gli valse naturalmente una numerosa e ricca clientela femminile che, ancora naturalmente, gli sarà stata proficua; un giornale medico italiano gli calcola un patrimonio di *venti milioni almeno!* Non essendo ne' segreti de' suoi registri ci limitiamo a crederlo.

SOCIETÀ ITALIANA

DI

OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

AVVISO IMPORTANTE

I Soci della seconda serie, giusta l'Art. 7 dello Statuto, devono pagare, non più tardi del 1° febbraio 1884, L. 20 (venti) ed hanno diritto al Giornale gli *Annali di Ostetricia* per un anno, oltre la iscrizione tra i Soci fondatori.

I Soci della prima serie, collaboratori-contribuenti agli *Annali* per una quota individuale di L. 50, sono tenuti a pagare per la Società L. 8 soltanto.

Il Cassiere della Società Comm. Prof. Pietro Pellizzari abita Firenze, via della Colonna, casa propria.

ELENCO DEI SOCI FONDATORI

Prima Serie.

Cesare Belluzzi — *Bologna.*
Libero Bergesio — *Torino.*
Giovanni Calderini — *Parma.*
Domenico Chiara — *Firenze.*
Giovanni Cosentino — *Palermo.*
Ercole Federico Fabbri — *Modena.*
Emilio Fasola — *Firenze.*
Giuseppe Madruzza — *Perugia.*

Luigi Mangiagalli — *Sassari.*
Ottaviano Marchionneschi — *Pisa.*
Carlo Minati — *Pisa.*
Ottavio Morisani — *Napoli.*
Paolo Negri — *Novara.*
Ercole Pasquali — *Roma.*
Domenico Tibone — *Torino.*
Giovanni Inverardi — *Torino.*
Gaetano Valtorta — *Venezia.*
Michele Vercelli — *Saluggia* (Novara).

Seconda Serie.

Antonio Agostini — *Verona.*
Gualtiero Bianchetti — *Verona.*
Guido Bolzoni — *Padova.*
Arturo Bompiani — *Roma.*
Costantino Borsini — *Piacenza.*
Enrico Bottini — *Pavia* (Milano).
Alberto Bloch — *Firenze.*
Emanuele Bruers — *Bologna.*
Giuseppe Caneva — *Milano.*
Giuseppe Carrara — *Parma.*
Luigi Casati — *Forlì.*
Giuseppe Casarini — *Modena.*
Pietro Celoni — *Firenze.*
Giovanni Chauvenet — *Verona.*
Giuseppe Corradi — *Firenze.*
Pietro Cristofoli — *Genova.*
Alessandro Cuzzi — *Pavia.*
Antonino D'Antona — *Napoli.*
Ettore D'Urso — *Bari* (Puglie).
Emilio Falaschi — *Siena.*
Angelo Falconi — *Cagliari.*
Pier Mattia Fontana — *Brescia.*
Ernesto Grassi — *Firenze.*

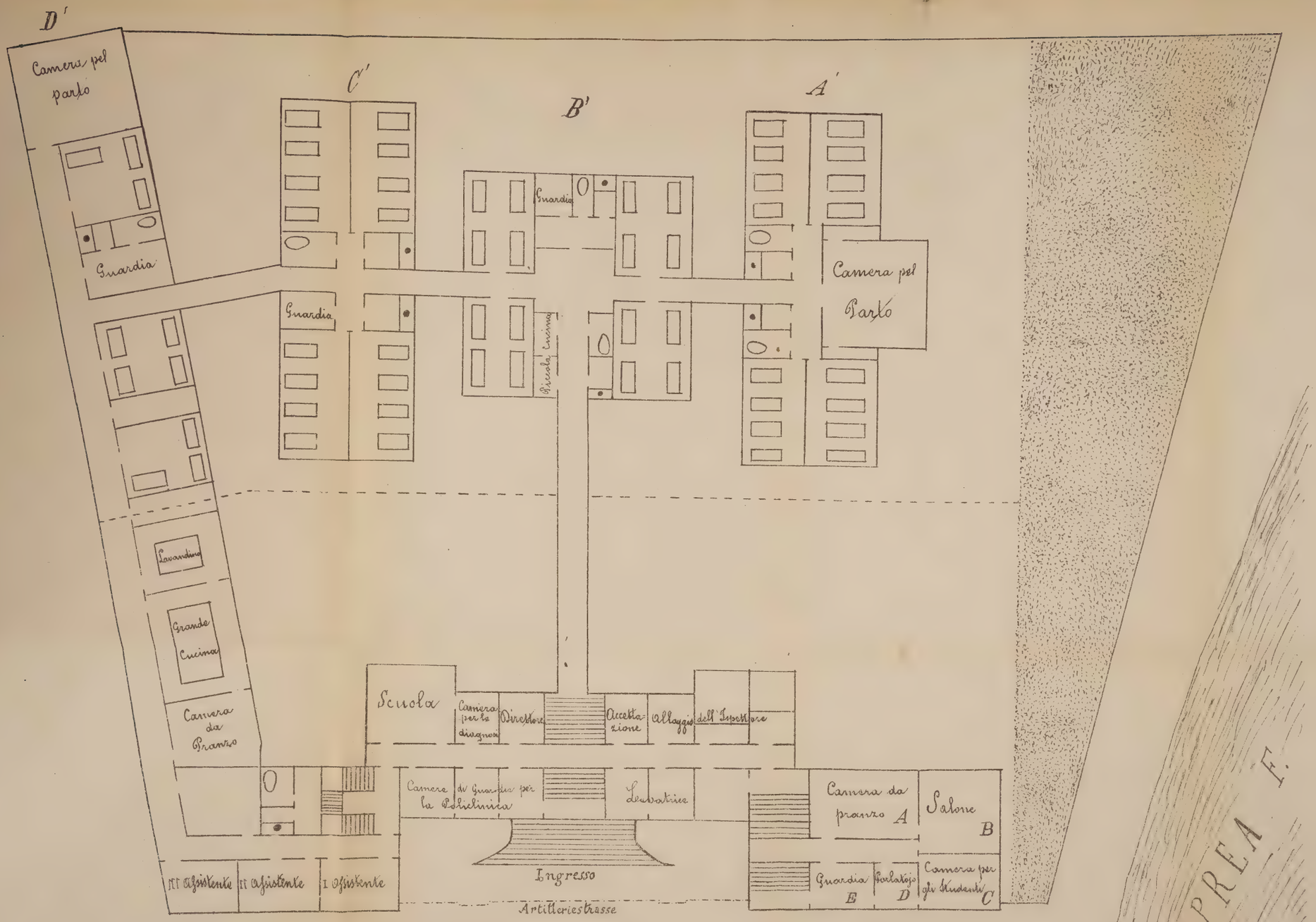
R. Guaita — *Milano.*
Camillo Hayech — *Milano.*
Francesco Keppler — *Venezia.*
Antonio Lazzari — *Badia Polesine.*
Francesco Leoni — *Bollate* (Milano).
Francesco Macari — *Genova.*
Angelo Mangeri — *Catania.*
Vincenzo Maggioli — *Roma.*
Arturo Masini — *Genova.*
Gio. Battista Marta — *Venezia.*
Pasquale Militano — *Giarre* (Messina).
Michelangelo Nigra — *Castellamonte* (Ivrea).
Giuseppe Novaro — *Torino.*
Mariano Pantaleo — *Palermo.*
Pietro Panzeri — *Milano.*
Pietro Pellizzari — *Firenze.*
Dottor Poggi — *Voghera.*
Guglielmo Romiti — *Siena.*
Amedeo Raccagni — *Pavia.*
G. Ruggi — *Bologna.*
Pericle Sacchi — *Cremona.*
Annibale Salomoni — *Cremona.*
Giovanni Scarlini — *Siena.*
Niccolò Simula — *Sassari.*
Enrico Sommi — *Mortara.*
Giuseppe Soffiantini — *Pavia* (pagato).
Angelo Tagliabue — *Milano.*
Ettore Truzzi — *Milano.*
Antonio Turretta — *Trapani.*
Giovanni Villani — *Novara.*
Luigi Violani — *Forlì.*

Prof. Dott. Domenico Chiara Direttore-gerente responsabile.

Milano — Tip. Pietro Agnelli, via Pietro Verri, 16.

Fig 1.

Fig 2.



CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGICA DELLA I. UNIVERSITÀ DI BERLINO 1882

(K. Universitäts Frauen Klinik)

XXVIII
h